

SOUTHEASTERN DERMATOLOGY GROUP, P. A.
Especialistas en Dermatología de Alabama, Florida, Georgia y Mississippi
877.231.DERM (3376)

AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica privada ("PHI") sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revíselo cuidadosamente.**

I. La ley nos exige que:

- Aseguremos que su PHI se mantiene privado
- Le demos este aviso describiendo nuestras obligaciones y prácticas con respecto a su PHI y que cumplamos con los términos de este aviso
- Divulguemos su PHI solamente como se describe en este aviso, a menos que obtengamos su consentimiento por escrito

II. A continuación se describen las formas en las que podemos usar o divulgar su información:

Tratamiento: Podemos usar información de su salud para proporcionarle tratamientos o servicios. También podemos divulgar esta información de su salud a otros proveedores médicos que están involucrados en su atención médica.

Facturación o Pago: Para propósitos de facturación podemos usar y divulgar información sobre tratamientos y servicios. Esto incluye la divulgación a los planes de salud, compañías de seguros u otras entidades.

Operaciones de Práctica: Podemos usar su información para ejecutar nuestra práctica, mejorar su cuidado, o para contactarlo como necesario, incluyendo para recordarle de sus citas.

Demandas o Acción Legal: Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar su información de salud en respuesta a una orden judicial, una orden de administración o una citación.

Cumplimiento de la Ley: Podemos compartir su información, si la ley federal, estatal o local así lo requiere.

Salud y Seguridad Pública: Podemos compartir su información en ciertas situaciones, tales como prevención de enfermedades, retirada de productos del mercado, reacciones adversas a los medicamentos, para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica, o para prevenir una amenaza seria a la salud o la seguridad de alguna persona.

Otros: Su información puede ser compartida para propósitos relacionados con la compensación de trabajadores, solicitudes gubernamentales o militares, o propósitos de investigación de salud.

III. Sus derechos:

- Usted puede inspeccionar y / u obtener una copia de su información de salud, incluyendo estados de facturación. Al presentar su solicitud por escrito, se le proporcionará una copia, normalmente dentro de los 30 días. Es posible que se le cobre una tarifa basada en costos para cumplir tu solicitud.
- Si usted cree que su información de salud está incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que revisemos o corrijamos la información. Responderemos a su solicitud por escrito para hacerlo, normalmente dentro de 60 días.
- Usted puede solicitar que restrinjamos o limitemos la forma en que usamos o comunicamos su información de salud, y nosotros cumpliremos con todas las solicitudes razonables. No estamos obligados a aceptar su solicitud, si creemos que afectara su atención o si la ley requiere lo contrario.
- Usted puede solicitar una lista con quienes hemos compartido su PHI por 6 años antes de su solicitud por escrito. Esta lista no incluye las divulgaciones por razones expuestas en la **Sección II** de este aviso.
- Usted puede solicitar que lo / la contactemos por salud usando un número de teléfono o dirección específicos. Haremos el esfuerzo por cumplir con su pedido.
- Usted puede asignar derechos legales a alguien para actuar o tomar decisiones relacionadas con la atención médica en su nombre, y nosotros nos aseguraremos de tener un comprobante por escrito de tales derechos legales antes de tomar acción.
- Consideramos que la privacidad de su información de salud es un asunto muy serio e importante. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad HIPAA, Cari Bush, por teléfono llamando al **877 - 231 - 3376** o por correo a **2505 Harrison Avenue, Ciudad de Panamá, Florida, 32405**. Usted también puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de los Estados Unidos y a la Oficina de Servicios Humanos para Derechos Civiles en Washington, D. C., por teléfono llamando al 877 - 696 - 6775 o visitando el sitio www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

Al firmar el consentimiento en el formulario de Ficha / Información del Paciente, usted está reconociendo que ha recibido, leído y comprendido la información proporcionada en este aviso.

La versión más reciente de este aviso se encuentra disponible a su solicitud o electrónicamente en <http://mydermspecialists.com/patient-forms/>