NOVA Innovative Gastroenterology

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede usted acceder a esta información. Por favor, lea detenidamente.

SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia de su expediente médico en formato físico o electrónico
- Corregir su expediente médico en formato físico o electrónico
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

SUS OPCIONES

Hay opciones para usted en cuanto a la forma en que usamos y compartimos información, tales como:

- Informar a familiares y amigos sobre su condición
- Proporcionar ayuda en caso de desastre
- Incluirlo en un directorio hospitalario
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN

Podemos usar y compartir su información para:

- Ofrecerle tratamiento
- Administrar nuestra organización
- Facturar por sus servicios
- Ayudar en asuntos de salud pública y seguridad
- Realizar investigaciones
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

SUS DERECHOS

Usted tiene ciertos derechos en cuanto a su información de salud. Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o física de su expediente médico. Puede presentar una solicitud para ver u obtener una copia electrónica o física de su expediente médico y de cualquier otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos y le indicaremos cómo hacerlo. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable con base en los costos.

Pídanos que corrijamos su expediente médico. Puede pedirnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos y le indicaremos cómo hacerlo. Podemos decir que "no" a su solicitud, pero le enviaremos una explicación por escrito en un plazo de 60 días.

Solicite comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono residencial o de oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Diremos que "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos. Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para la realización de tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir que "no" si la misma puede afectar negativamente su atención médica. Si paga por un servicio o artículo de atención médica en su totalidad de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con su proveedor de seguro de salud para la realización de pagos o nuestras operaciones. Diremos que "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtenga una lista de las personas con las que hemos compartido información. Puede solicitar una lista (registro) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de solicitud, con quiénes la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones (como aquellas que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos un registro gratuito al año, pero cobraremos una tarifa razonable con base en los costos si solicita otro registro en un plazo de 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad. Puede solicitar una copia física de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia física de inmediato.

Elija a alguien para que actúe en su nombre. Si ha otorgado a alguien un poder de atención médica o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos cercioraremos de que la persona realmente tenga esta autoridad y de que la misma pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Protecciones especiales para el VIH, el abuso de alcohol y sustancias, la salud mental y la información genética. Las leyes federales y estatales establecen protecciones especiales de privacidad para la información relacionada con el VIH, los historiales de salud mental y la información genética. Cuando la legislación estatal ofrezca una mayor protección de su privacidad que la normativa de la HIPAA, aplicaremos la norma estatal más estricta. Por consiguiente, es posible que algunas partes de este Aviso general de prácticas de privacidad no sean aplicables a estas categorías de información sanitaria protegida (PHI). Póngase en contacto con nuestro responsable de privacidad para obtener más detalles sobre las protecciones específicas que se aplican a su historial médico. Por ejemplo, si le

realizamos una prueba para determinar si ha estado expuesto al VIH, no revelaremos los resultados de la prueba ni el hecho de que se la haya realizado a nadie sin su consentimiento específico por escrito, salvo que la ley exija lo contrario.

Si recibimos o conservamos información sobre usted procedente de un programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias regulado por el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), parte 2 (un «programa de la Parte 2»), en virtud de un consentimiento general que usted haya otorgado a dicho programa para el tratamiento, el pago y/o las operaciones sanitarias, podremos utilizar y compartir sus registros para los mismos fines que se explican en este Aviso. Sin embargo, este permiso no se extiende a procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra. Nunca utilizaremos ni compartiremos sus registros del Programa de la Parte 2, ni ningún testimonio relativo al contenido de dichos registros, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo llevado a cabo por cualquier autoridad federal, estatal o local en su contra, a menos que usted otorgue un permiso expreso por escrito o en virtud de una orden judicial.

Presente una reclamación si considera que se han vulnerado sus derechos. Si cree que se han vulnerado o comprometido de alguna otra forma sus derechos, puede comunicar sus inquietudes llamando a la línea directa de cumplimiento al 571-463-3900. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierto tipo de información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre como compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica
- Compartamos información en una situación de atención médica en caso de desastre
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario

Si no está en capacidad de indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, es posible que compartamos su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Para fines de marketing
- Venta de su información
- La mayoría de las divulgaciones de notas de psicoterapia

En el caso de recaudaciones de fondos, podemos comunicarnos con usted con fines de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no lo hagamos de nuevo.

USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud? Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Brindarle tratamiento. Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. *Ejemplo: un médico que lo está tratando por una lesión consulta a otro médico sobre su estado de salud general.*

Operar nuestra organización. Podemos usar y compartir su información de salud para operar nuestra clínica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. *Ejemplo: usamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

Facturar por sus servicios. Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de proveedores de planes de salud u otras entidades. *Ejemplo: proporcionamos información sobre usted a su proveedor de plan de seguro de salud para que pague por los servicios que usted recibió.*

¿DE QUÉ OTRAS MANERAS PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD?

Se nos exige o estamos autorizados a compartir su información de otras maneras, generalmente de formas que contribuyan al bienestar público, como la salud pública e investigaciones. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con problemas de salud pública y seguridad. Podemos compartir información de salud sobre usted en situaciones específicas, tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o seguridad de alguien

Investigación. Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.

Cumplir con la ley. Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, en caso de que esta agencia desee verificar que cumplimos con las leyes federales de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos. Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria. Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales. Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un agente de las fuerzas del orden
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, seguridad nacional y protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales. Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de una manera distinta a la descrita en este aviso, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con NOVA Innovative Gastroenterology por correo electrónico a info@nigdoctor.com o llame al 571-463-3900. Fax: 571-470-0064. Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

MODIFICACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.
Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2003
Última revisión: 8 de julio de 2026