



NOTICIA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

ESTE PANFLETO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUDIERA SER USADA Y HECHA DISPONIBLE A OTROS Y COMO USTED MISMO PUDIERA TENER ACCESO A ELLA.

POR FAVOR REVISE LA INFORMACION CON CUIDADO.

Si tiene alguna pregunta al respecto contacte a nuestro oficial de privacidad a la siguiente

direccion:

560 White Plains Road, Suite 500
Tarrytown, New York 10591
(914) 333-5896

A QUIEN LE CONCIERNE ESTA NOTICIA:

Esta panfleto describe como podriamos usar y hacer disponible su informacion medica para llevar a cabo un tratamiento, operaciones de pago y asistencia medica y para otros propósitos permitidos por la ley. Describe tambien sus derechos de conseguir acceso y poder controlar su información medica. Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y a proteger su informacion medica y a proveerle este folleto donde se muestra nuestras obligaciones legales y nuestras practicas de privacidad en lo que respecta a su informacion de salud.

Se requiere que obedezcamos los terminos de la noticia de privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar las clausulas de esta noticia en cualquier momento. Una notificacion revisada sera efectiva para toda la informacion medica que nosotros mantengamos. Una nota revisada de las practicas de privacidad estara disponible para usted. Si usted contacta nuestra oficina y pide que una copia sera enviada a usted por correo o si no, puede obtener una cuando tenga su proxima cita medica. Tambien puede obtener una copia de la misma si va a nuestro sitio cibernetico www.entandallergy.com.

COMO PODEMOS USAR Y HACER DISPONIBLE LA INFORMACION MEDICA RESPECTO A USTED.

Podriamos usar y hacer disponible su informacion medica, para proporcionar, coordinar o manejar su tratamiento medico y servicios relacionados. Podriamos hacer disponible su informacion a doctores, enfermeras, tecnicos, personal de oficina, o cualquier otro personal que este implicado en el cuidado de usted y su salud.

Por ejemplo personas ajenas a nuestra oficina pudieran revelar informacion acerca de usted a otras personas que no trabajan en nuestra oficina, para poder coordinar su cuidado para hacer citas para exámenes de laboratorio, llamar a la farmacia para prescripciones, o hacer citas para CAT Scans. Otros

proveedores de asistencia medica que no trabajan en esta oficina pudieran formar parte de su cuidado medico y pudieran requerir informacion acerca de usted que nosotros tenemos.

Para el Pago Podemos usar y disponer de su informacion medica para que el tratamiento y servicio recibido en esta oficina pueda ser facturado y colectado de usted o su compania de seguro o de una tercera persona. Por ejemplo, talvez tengamos que dar la informacion de su plan de seguro respecto a un servicio rendido en esta oficina, para poder recibir pago o reembolso por dicho servicio. Podemos tambien informar a su plan de seguro respecto a un tratamiento que usted esta por recibir para obtener una pre-autorizacion, o para determinar si su plan va a cubrir o no el tratamiento.

Para Operaciones de Asistencia Medica Podemos usar y revelar informacion medica suya para poder manejar la oficina de tal manera que usted y los otros pacientes reciban cuidado medico de calidad. Por ejemplo podriamos usar la informacion para evaluar el desempeno de nuestro personal al cuidado suyo. Tambien podemos usar la informacion medica de todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir que servicios adicionales podriamos ofrecer, y como podemos ser mas eficientes, tambien si ciertos tratamientos medicos son efectivos.

Recordatorios de Sus Citas Podriamos usar su informacion de salud para generar un recordatorio de cita, que sera enviado a usted por telefono, correo electronico, mensaje de texto u otras formas de comunicacion para informarle de el dia, hora y lugar de su proxima cita.

Alternativas de Tratamiento y Productos y Servicios Relacionados a la Salud. Podriamos decirle o recomendarle alternativas posibles de un tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados a la salud que pudieran ser de interes para usted. Por ejemplo podriamos usar su nombre y direccion para enviarle un folleto respecto a nuestra practica y los servicios que ofrecemos. A demas podriamos mandarle informacion respecto a productos y servicios que creemos que puedan ser de beneficio para usted.

SITUACIONES ESPECIALES

Podemos usar o revelar informacion respecto a usted **sin su permiso** para los propósitos siguientes sujeto a todos los requisitos y aplicaciones y limitaciones legal:

Requerido por la ley: Revelaremos informacion medica respecto a usted cuando la ley federal, de estado o local asi lo requiera.

Actividades de salud publica: Revelaremos informacion medica respecto a usted para actividades de salud publica incluyendo lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades heridas o incapacidad;
- para reportar nacimientos y muertes;
- para reportar abuso infantil y negligencia;
- a personas sujetas a la jurisdiccion de la administracion de alimento y drogas (FDA) para actividades relacionadas a la calidad, seguridad y eficacia de productos regulados por la administracion de alimento y drogas y el reporte de reacciones de medicamentos o problemas con ciertos productos;
- para notificar a alguna persona que haya sido expuesta a una enfermedad o que este en riesgo de contraer o esparcir una enfermedad o condicion;
- Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente adulto ha sido victima de abuso, negligencia o violencia domestica. Daremos esta informacion solamente si el paciente esta de acuerdo o cuando es requerido por la

Para Prevenir una Amenaza a la Salud o la Seguridad Sujeto y aplicable a la ley, podriamos revelar informacion medica suya, cuando sea necesario para prevenir o aminorar una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad suya o de cualquier otra persona. Tambien podriamos usar y revelar la informacion medica suya si la ley lo requiere o las autoridades necesitan identificar o aprender a un individuo.

Actividades de Descuidos Podriamos revelar informacion medica a una agencia que se encarga de descuidos en cuanto a la salud medica para revisiones, investigaciones, inspecciones o para propósitos de licencia. Estas revelaciones talvez sean necesarias para ciertas agencias federal para monitorear el sistema del cuidado de la salud, programas de gobierno y la conformidad con las leyes civiles u otros requisitos legales o regulativos.

Pleitos y Disputas Si usted esta implicado en un pleito una disputa legal, podriamos revelar informacion suya a un tribunal o a la orden administrativa. Sujeto a todos los requerimientos legales, podemos revelar informacion medica suya en respuesta a una citacion o cualquier otro proceso legal.

Funciones Gubernamentales Especializadas Existen ciertas circunstancias que talvez requieran de nosotros el que revelemos informacion medica suya a agencias gubernamentales autorizadas para actividades nacionales de seguridad o servicios protectores para el Presidente u otras personas autorizadas.

Compensacion de Trabajadores Podriamos revelar informacion medica suya si se autoriza, hasta el punto necesario para conformarse con las leyes relacionadas con la compensacion de trabajadores o programas similares.

Aplicación De La Ley Podriamos revelar informacion medica suya si es requerido por un oficial de la aplicacion de la ley:

- En respuesta a una orden de un tribunal, citacion, orden de arresto, o proceso semejante;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo ocular o persona perdida;
- Respecto a la victima de un crimen bajo ciertas circunstancias limitadas;
- Respecto a la muerte que pudiera ser el resultado de una conducta criminal;
- En circunstancias de una emergencia, para reportar un crimen, la ubicacion de un crimen o las victimas, o para identificar, descripcion o ubicacion de una persona que ha cometido un crimen.

Militares Y Veteranos Si usted es miembro de la Fuerzas Armadas, podriamos revelar su informacion medica si es requerido por las autoridades y comando militar. Tambien podriamos revelar informacion medica de personal militar extranjero, a las respectivas autoridades militares extranjeras.

Esfuerzos De Recuperacion De Desastres Cuando sea permitido por la ley, podriamos coordinar nuestras revelaciones de sus historia medica con entidades publicas autorizadas por la ley o de otro caracter con el fin de participar en los esfuerzos de ayuda de rescate.

Revelaciones Casuales Sujeto y aplicable a la ley, podriamos hacer revelaciones incidentales de su informacion medica, los usos y las revelaciones casuales son productos secundarios permitidos por la ley y no pueden ser prevenidos razona-

Medico Forense, Directores Medicos Y Encargados Del Funeral Podriamos revelar información al director del funeral, consistente con la ley aplicable, segun sea necesario para que ellos puedan desempeñar sus deberes con respecto al difunto.

Donaciones De Organos Y Tejidos Si usted es un donador de organos, podriamos revelar la información de salud suya a organizaciones que se encargan de conseguir el organo, ojo o la transplatacion de tejido o a un banco de donaciones de organos, como sea necesario para facilitar la donacion o transplatacion.

Investigaciones Podriamos usar y revelar información de salud acerca de usted para proyectos de investigación que estan sujetos a procesos de aprobacion especial y los requerimientos aplicables de la ley.

Familia Y Amistades Podriamos revelar su información medica a, sus familiares o, sus amistades cuando este envuelto directamente en su cuidado, o en el pago para su cuidado, si obtenemos un acuerdo verbal suyo, o si le damos la oportunidad de objetar a la revelacion de su información, y usted no objeta. Podriamos tambien revelar su información medica si suponemos que usted no va a objetar, basados en la circunstancias y nuestro juicio profesional. Por ejemplo podriamos asumir que usted concuerda en la revelacion de su información personal, si usted trae a su conyuge a su cita y si su conyuge entra con usted al cuarto de examinacion o si esta presente durante el tratamiento o cuando el tratamiento es discutido.

En situaciones donde usted no esta disponible para dar el consentimiento (porque no esta presente o debido a una incapacidad o en caso de emergencia medica), podriamos usar nuestro juicio profesional, para determinar si la revelacion de su información medica a un familiar o amistad es para su propio bien. En esa situación revelaremos solamente información de salud pertinente al involucramiento de la persona en su cuidado. Podemos tambien usar nuestro juicio y la experiencia profesional para hacer inferencias razonables que sean para su propio beneficio para permitir que otra persona sea responsable por por ejemplo recoger su expediente medicos como por ejemplo rayos x. Adicionalmente podriamos revelar información para asistir en la notificación a un familiar o amigo responsable por su cuidado o su localizacion, su condicion en general o muerte.

OTROS USOS Y REVELACIONES D SU INFORMACION MEDICA

Nosotros no usaremos ni revelaremos ninguna información medica para ningun otro proposito mas que el indicado en las secciones anteriores sin una autorizacion especifica, una Autorización por escrito. Muchas de las revelaciones de notas de terapia psicologicas se revelan con propositos de mercadeo, y las revelaciones que constituyen la venta de su información medica necesitan autorización previa escrita. Nosotros podriamos proveerle materiales de mercadeo si lo hacemos en un encuentro cara a cara sin autorización o sin comunicarnos con usted sobre tratamientos alternativos u otros servicios relacionados que podrian ser beneficiosos para usted y su tratamiento. Si nos da Autorizacion de revelar su información medica, usted puede revocar esa Autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su Autorizacion, no usaremos la revelacion de su información por las razones especificadas en su Autorizacion escrita, con la excepción de haber tomado accion con referencia a su Autorizacion.

Si tenemos información sobre SIDA o abuso de substancias sobre usted, no podemos revelar esta información sin una autorización escrita especial (diferente de la Autorización) suya.

Para revelar estos tipos de registros para propositos de tratamiento, pagos y operaciones en el cuidado de la salud, tendremos una autorización escrita especial que se conforma con la ley que gobierna el SIDA y el abusos de substancias, cuando sea aplicable cuando sea requerido por la ley aplicable.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA SU INFORMACION MEDICA.

Derecho de Inspeccionar y Copiar Usted tiene el derecho de inspeccionar/u obtener una copia de su información, como información medica y facturas medicas mientras nosotros tengamos su información. Esto incluye el derecho de recibir un formato electronico, una copia de su información medica, que mantene-mos como parte de un archivo medico electronico, transmitido directamente a una entidad o persona designada por usted. Debe enviar una solicitud por escrito a su medico para inspeccionar y/u obtener una copia de su información medica. Si usted pide una copia de la información, podriamos cobrarle un honorario por los costos de copiar aprobado por la ley del estado. Haremos lo mejor posible para proveerle su informacion medica en la forma o formato requerido por usted, Si ese formato esta disponible. Si no esta la información se le proveera en una forma de copia legible o cualquier otra forma en la que se concuerde. Podemos negar su pedido para inspeccionar y/o copiar la información en ciertas circunstancias limitadas. En algunas circunstancias, usted podria tener el derecho de tener una decisión revisada. Por favor contacte a nuestro oficial de privacidad si tiene alguna pregunta respecto al acceso a su historial medico.

Derecho de Enmendar Si usted cree que la información medica que tenemos esta incorrecta o incompleta, podria pedirnos que enmendaramos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras mantengamos la información en esta oficina.

Para solicitar una enmienda complete y someta una Enmienda Medica del Registro/Forma de Correccion al Oficial de la Privacidad. Podriamos negar su peido para una correccion si no es puesta por escrito o si no da una razon que apoye la petición. En adiccion, podriamos negar la solicitud si usted nos pide que enmendemos la información que:

- Nosotros no hemos creado, a menos que la persona o entidad que creo la información no este disponible para hacer la enmienda.
- No es parte de la información de salud que mantenemos.
- No se le permitira inspeccionar ni copiar los documentos en controversia
- Es exacta y completa.

Derecho a una Cuenta de la Revelaciones Usted tiene el derecho de solicitar un " recuento de las revelaciones". Esta es una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho de informacion medica suya para otros propositos diferentes al tratamiento pago y operaciones de salud. Para obtener esta lista usted debe enviar su solicitud por escrito a la oficina del Oficial de Privacidad. Debe ser hecho en un periodo de tiempo que no debe ser mas largo que 6 anos y no debe de incluir dias antes de Abril 14,2003. Podria-mos cobrarle el costo de proveer la lista pero usted podria solicitar una gratis por ano. Le notificaremos del costo envuelto y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud a tiempo antes de que recurra en algun gasto.

Derecho Para Pedir Restricciones Usted tiene el derecho de solicitar una limitacion o restricción de la información de salud que usamos o revelamos acerca de usted para el tratamiento, la operaciones de pago y la asistencia medica.

No estamos obligados a concordar con su Pedido. Si concordamos con su pedido, nos conformaremos con su pedido, a menos que la información se necesite para proveer tratamiento de emergencia.

Usted puede solicitar que nos restrinjamos de exponer su información medica, o cualquier información relacionada a un servicio, por el cual usted o alguien en su nombre, aparte de la compania de seguro, nos pague en forma total. Si usted solicita esto, nosotros no revelaremos su información medica a su compania de seguro a menos que sea requerido por la ley.

Para solicitar las restricciones puede completar y enviar la solicitud al Oficial de Privacidad Forma: *Pedido para la Restricción en el uso/Restricción de información Medica y/o Comunicación Confidencial*.

SU DERECHO DE SER NOTIFICADO EN CASO DE UNA BRECHA EN SU INFORMACION

Se nos requiere informarle en caso de que existiera una brecha en su información medica en cuanto nos sea posible, no mas tarde de 60 dias después de que descubramos la brecha de información insegura de salud. Informacion insegura de salud es la información que no se considera ilegible, inutilizable o indescifrable usando tecnologia, como codificación u otros medios, especialmente aprobados por el secretario de el Departamento de Salud de Servicios Humanos de U.S. Cualquier notificación incluire la descripción de la brecha, en la información de salud insegura, los pasos que se han dado para protegerle a usted, un sumario de la investigación, y como contactarnos para mas información.

Derechos de Solicitar Comunicaciones Usted tiene el derecho a una solicitud razonable que comuniquemos con usted acerca de cuestiones medicas en ciertas maneras o en cierta locacion. Por ejemplo usted puede pedir que solo lo contactemos a su trabajo o por correo.

Para hacer dicha solicitud usted puede completar i enviar la solicitud *Pedido para la Restricción o Revelacion de información medica Confidencial* al oficial de Privacidad. No le preguntaremos la razon de su solicitud. Acomodaremos todos los pedidos razonables. Su solicitud debe especificar donde o cuando desea ser contactado.

Derecho a una Copia en Papel de esta Noticia Usted tiene el derecho de solicitar una copia en papel de esta noticia en cualquier momento. Aunque usted hubiera concordado en recibirla electrónicamente. Usted sigue estando autorizado a recibir una copia. Para obtener dicha copia por favor contacte la oficina de su medico.

Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede hacer una queja con su oficina de medico o con el Secretario del Departamento de Servicios de Salud Humana. Para archivar una queja con nuestra oficina por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad, Aviah Cohen Pierson al numero (914) 909-7202 o a la dirección electronica apierson@entallergy.com. No tomaremos represarias por archivar una queja.