



DERMATOLOGIST MEDICAL GROUP OF NORTH COUNTY, INC.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**Dermatologist Medical Group of North County, Inc**

**Zubair Durrani, Privacy Officer 760-758-5340**

**Fecha de entrada en vigencia: September 1, 2013**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

*Entendemos la importancia de la privacidad y se han comprometido a mantener la confidencialidad de su información médica. Hacemos un registro de la atención médica que brindamos y puede recibir tales registros de otros. Utilizamos estos registros para proporcionar o permitir que otros proveedores de salud proporcionar atención médica de calidad, para obtener pago por los servicios prestados a usted según lo permitido por su plan de salud y para que podamos cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para operar esta práctica correctamente. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de información de salud protegida y brindar a los individuos con el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información protegida de salud. Este aviso describe cómo podemos usar y revelar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad mencionados.*

**A. cómo esta práctica médica puede usar o divulgar su información médica**

Esta práctica médica recoge información médica sobre usted y lo almacena en una tabla y un ordenador. Se trata de su expediente médico. El expediente médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información en el expediente médico pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud para los siguientes propósitos:

- 1. Tratamiento.** Utilizamos información médica acerca de usted para proporcionar la atención médica. Revelamos información médica a nuestros empleados y otras personas que participan en la prestación de la atención que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores de salud que se presten servicios que no ofrecemos. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que lo necesite para dispensar una receta para usted, o un laboratorio que realiza una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otros que le pueden ayudar cuando usted está enfermo o lesionado.
- 2. Pago.** Usamos y revelamos información médica para obtener pago por los servicios que ofrecemos. Por ejemplo, le damos su plan de salud la información que necesita antes de nos pagan. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarles a obtener el pago por los servicios que han proporcionado a usted.
- 3. Operaciones de cuidado de la salud.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para operar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de atención que brindamos, o la competencia y cualificación de nuestros profesionales. O podemos utilizar y divulgar esta información para que su plan de salud autorice servicios o remisiones. También podemos utilizar y divulgar esta información cuando sea



**DERMATOLOGIST MEDICAL GROUP OF NORTH COUNTY, INC.**

necesario para revisiones médicas, auditorías y servicios legales, incluido el fraude y la detección de abuso, y los programas de conformidad, la administración y la planificación empresarial. Además, podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que realiza servicios administrativos. Poseemos un contrato escrito con cada uno de estos socios comerciales con términos que les exigen a ellos y a sus subcontratistas proteger la confidencialidad y la seguridad de su información médica. Si bien la ley federal no protege la información de salud que se divulga a alguien que no sea otro proveedor de atención médica, plan de salud, centro de intercambio de información sobre atención médica o alguno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe que todo receptor de información de atención médica continúe divulgándola, a menos que la ley lo solicite o permita específicamente. También podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información sobre atención médica o planes de salud que tengan una relación con usted cuando soliciten esta información para ayudarlos con la evaluación de calidad y sus actividades de mejora; las actividades de seguridad del paciente; los esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de la atención médica; el desarrollo de protocolos, la administración de casos o las actividades de coordinación de la atención; la revisión de competencias, calificaciones y desempeño de los profesionales de la atención médica; los programas de capacitación; las actividades de acreditación, certificación o matriculación; las actividades relacionadas con los contratos de seguro de salud o beneficio de salud, o la detección de fraude y abuso en la atención médica y los esfuerzos de conformidad. [Los participantes de acuerdos de atención médica organizada solo deben agregar lo siguiente: También podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información sobre atención médica y planes de salud que participen con nosotros en "acuerdos de atención médica organizada" (OHCA, por sus siglas en inglés) para cualquiera de las operaciones de atención médica de los OHCA. Los OHCA incluyen hospitales, organizaciones médicas, planes de salud y otras entidades que brindan conjuntamente servicios de atención médica. Puede solicitarle al funcionario de privacidad una lista de los OHCA en los que participamos].

4. **[Opcional: recordatorios de la cita.** Podemos usar y divulgar su información médica para contactar y recordar acerca de citas. Si usted no es casero, podemos dejarnos esta información en su máquina contestadora o un mensaje con la persona que contesta el teléfono.]
5. **Firmar en la hoja** . Podemos usar y divulgar información médica sobre usted por tener que firmar cuando llegue a nuestra oficina. También podemos llamar su nombre cuando estamos listos para verte.
6. **Notificación y comunicación con la familia**. Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado acerca de su ubicación, su estado general o, a menos que usted nos ha instruido de lo contrario, en el evento de su muerte. En caso de desastre, podemos divulgar información a una organización de ayuda que pueden coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que está involucrado en su cuidado o ayuda a pagar por su cuidado. Si eres capaz y disponible para estar de acuerdo o de objetos, le daremos la oportunidad al objeto antes de hacer estas declaraciones, aunque puede que divulguemos esta información en un desastre aún más su objeción si creemos que es necesario responder a la emergencia las circunstancias. Si usted es incapaz o estar de acuerdo o de objetos, nuestros profesionales de la salud usará su mejor juicio en la comunicación con su familia y otros.
7. **Marketing**. Siempre no recibimos ningún pago para la fabricación de estas comunicaciones, nos comuniquemos con usted para animarte a comprar o utilizar productos o servicios relacionados con su tratamiento, manejo o coordinación de la atención, o a dirigir o recomendar otros tratamientos, terapias , proveedores de atención médica o ajustes de cuidado que pueden ser de



**DERMATOLOGIST MEDICAL GROUP OF NORTH COUNTY, INC.**

interés para usted. Del mismo modo podemos describir productos o servicios ofrecidos por esta práctica y decirles que participamos en los planes de salud

Podemos recibir compensación financiera para hablar con usted cara a cara, con pequeños regalos promocionales, o para cubrir nuestros gastos de recordarle a tomar y volver a surtir su medicamento o de lo contrario comunicar acerca de un medicamento o biológico que actualmente se prescribe para usted, pero sólo si usted ya sea: (1) tiene una condición crónica y gravemente debilitante o potencialmente mortales y la comunicación se hace para educar o aconsejarle sobre las opciones de tratamiento y en caso contrario mantener la adherencia a un curso prescrito de tratamiento, o (2) usted es un afiliado de plan de salud actual y la comunicación se limita a la disponibilidad de más fármacos rentables. Si hacemos estas comunicaciones mientras tienes una crónica y gravemente debilitantes o condición peligrosa para la vida, proporcionaremos aviso de los siguientes en al menos 14point tipo: (1) el hecho y la fuente de la remuneración; y (2) su derecho a optar por futuras comunicaciones remuneradas llamando al número gratuito de comunicador. No usar o revelar su información médica para fines de marketing o aceptar cualquier pago para otras comunicaciones de marketing sin su autorización previa por escrito. La autorización se divulgar si recibimos cualquier compensación económica por cualquier actividad de marketing usted autoriza y nos detendremos a cualquiera futura comercialización de la actividad en la medida revoca dicha autorización.

**8. Venta de información de salud.** No venderemos su información de salud sin su previa autorización por escrito. La autorización indicará que recibiremos una compensación por su información médica si nos autoriza a venderla y detendremos toda venta futura de su información cuando usted cancele dicha autorización.

**9. xigido por ley.** De acuerdo con la ley, utilizaremos y divulgaremos su información médica, pero limitaremos este uso y esta divulgación a los requerimientos correspondientes de la ley. Cuando la ley nos exija informar abusos, negligencia o violencia doméstica, o responder procedimientos legales o administrativos, o responder a las autoridades, cumpliremos también el requerimiento establecido a continuación con respecto a dichas actividades.

**10. Salud pública.** Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a autoridades de la salud pública con propósitos relacionados a la prevención y el control de enfermedades, heridas o discapacidades; la denuncia del abuso o la negligencia en el cuidado de un niño, adulto mayor o adulto dependiente; la denuncia de casos de violencia doméstica; la denuncia a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) de problemas con productos y reacciones a medicamentos; y la denuncia de exposiciones a enfermedades o infecciones. Cuando denunciemos un supuesto caso de abuso o de violencia doméstica a un adulto mayor o un adulto dependiente, le notificaremos a usted o a su representante personal de manera oportuna, a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, consideremos que esta notificación lo pondría en peligro de sufrir un daño severo o requeriría informarle a un representante personal que creamos que es el responsable del abuso o daño.

**11. Actividades de supervisión de la salud.** Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a agencias de supervisión de la salud durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones y otros procedimientos según las limitaciones establecidas por la ley federal y de California.

**12. Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud durante el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida que lo autorice expresamente una corte u orden administrativa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, un pedido de presentación de prueba u otro proceso legal si se



**DERMATOLOGIST MEDICAL GROUP OF NORTH COUNTY, INC.**

hizo todo lo posible por notificarle a usted sobre la solicitud y usted no se opuso, o si sus objeciones se resolvieron en una corte o una orden administrativa.

**13. Cumplimiento de la ley.** Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a un agente de la autoridad con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, en cumplimiento con una orden judicial, una citación de un juzgado de acusación y para otros fines para el cumplimiento de la ley.

**14. Médicos forenses.** Podemos, y a menudo incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a médicos forenses si la información está relacionada con las investigaciones sobre fallecimientos.

**15. Donación de órganos o tejido.** Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la adquisición, conservación en bancos y trasplante de órganos y tejidos.

**16. Seguridad pública.** Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a las personas adecuadas para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de alguna persona en particular o del público en general.

**17. Comprobante de vacunación.** Divulgaremos la información del comprobante de vacunación a la escuela en donde la ley exige que dicha escuela deba poseer la información antes de admitir a un estudiante, siempre que usted haya accedido a dar esta información en su nombre o el de su dependiente.

**18. Funciones gubernamentales especializadas.** Podemos divulgar su información de salud por razones militares o de seguridad nacional, o a correccionales o a agentes de la autoridad en cuya custodia se encuentre.

**19. Indemnización laboral.** Podemos divulgar su información de salud en caso de ser necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral. Por ejemplo, mientras su atención se encuentre cubierta por la indemnización laboral, realizaremos informes periódicos a su empleador sobre su estado. La ley también nos exige informar casos de accidentes o enfermedades de trabajo al empleador o a la aseguradora que proporciona indemnización laboral.

**20. Cambio de posesión.** En el caso de que este consultorio médico se venda o se una con otra organización, su información o registro de salud se convertirá en propiedad del nuevo dueño, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar la transferencia de copias de su información a otro médico o grupos médicos.

**21. Notificación de falencia en la protección de la información.** En el caso de que haya alguna falencia en la protección de la información de salud protegida, le notificaremos tal como lo exige la ley. Si usted nos ha brindado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar este medio para proporcionarle información con respecto a la falencia. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede realizar la notificación. También podemos notificarle a través de otros medios, según sea adecuado. [Nota: utilice la notificación a través de correo electrónico solo si está seguro de que no contendrá información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y de que no divulgará información inapropiada. Por ejemplo, si su dirección de correo electrónico es "digestivediseaseassociates.com", un correo enviado con esta dirección, en caso de ser interceptado, podría identificar al paciente y su afección].



**DERMATOLOGIST MEDICAL GROUP OF NORTH COUNTY, INC.**

[Agregue las siguientes tres actividades, o cualquiera de la tres, si la organización participa o tiene la intención de participar en estas].

**22. Notas de psicoterapia.** Nosotros no utilizaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia sin su previa autorización por escrito excepto para lo siguiente: (1) su tratamiento, (2) la capacitación de nuestro personal, nuestros estudiantes y otros practicantes, (3) nuestra defensa en caso de que nos demande o presente algún otro procedimiento legal, (4) si la ley nos exige divulgar información a usted o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) o por alguna otra razón, (5) en respuesta a actividades de supervisión de la salud que involucren a su psicoterapeuta, (6) para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad, o (7) al médico forense cuando usted fallezca. Cuando usted cancele la autorización, dejaremos de utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia.

**23. Investigación.** Podemos divulgar su información de salud a investigadores que lleven a cabo una investigación para la cual no es necesaria su autorización por escrito según la aprobación de un Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad, en cumplimiento con la ley vigente.

**24. Recaudación de fondos.** Podemos utilizar o divulgar su información demográfica, las fechas en las que fue atendido, la especialidad, el médico que lo atendió, la información que se obtuvo y el estado del seguro de salud a fines de ponernos en contacto con usted en relación con nuestras actividades de recaudación de fondos. Si no desea recibir esta documentación, comuníquese con el funcionario de privacidad que se indica en la parte superior de este Aviso de prácticas de privacidad y dejaremos de enviarle comunicaciones de recaudación de fondos. De la misma manera, debería notificar al funcionario de privacidad si decide que desea recibir nuevamente estas solicitudes de donaciones.

**B. Cuándo este consultorio médico no puede utilizar o divulgar su información de salud**

A excepción de lo descrito en este Aviso de prácticas de privacidad, y en cumplimiento de nuestras obligaciones legales, este consultorio médico no utilizará ni divulgará información de salud que lo identifique sin su autorización por escrito. Si usted sí autoriza a este consultorio médico a utilizar o divulgar información para otros fines, puede cancelar la autorización por escrito en cualquier momento.

**C. Sus derechos de información de salud**

1. **Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones en ciertos casos de uso y divulgación de su información de salud por medio de una petición escrita que especifique qué información desea limitar y qué límites desea imponer en nuestro uso o divulgación de esa información. Si usted nos indica que no le divulguemos a su plan de salud comercial información que tenga que ver con servicios o productos de atención médica por los cuales haya pagado completamente por cuenta propia, nosotros acataremos su solicitud a menos que debamos divulgar la información para su tratamiento o por razones legales. Nos reservamos el derecho a aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos nuestra decisión.

**2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que le enviemos su información de salud de alguna forma específica o a alguna ubicación específica. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos información a una dirección de correo electrónico en particular o a su dirección



**DERMATOLOGIST MEDICAL GROUP OF NORTH COUNTY, INC.**

laboral. Cumpliremos con todos los pedidos razonables presentados por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

**3. Derecho a revisar y copiar.** Usted tiene derecho a revisar y copiar su información de salud con contadas excepciones. Para acceder a su información médica, debe presentar una solicitud escrita que detalle a qué información desea acceder, si desea revisarla o realizar una copia, y, en caso de querer una copia, la forma y el formato deseados. Nosotros proporcionaremos copias en la forma y el formato que usted solicitó, si es realizable rápidamente, o proporcionaremos un formato alternativo que usted acepte; o si no logramos estar de acuerdo y mantenemos el registro en formato electrónico, le ofreceremos elegir entre un archivo electrónico de lectura o en formato impreso. También le enviaremos una copia a cualquier persona que usted designe por escrito. Facturaremos un honorario razonable que cubra nuestros gastos de mano de obra, suministros, franqueo y, si se solicitó y acordó por adelantado, el costo de redactar una explicación o un resumen según lo permita la ley federal y de California. Podemos rechazar su solicitud en circunstancias determinadas. Usted tendrá el derecho de apelar nuestra decisión en caso de que rechazamos su solicitud para acceder a los registros de su hijo o de un adulto incapacitado que usted representa debido a que consideramos que permitirle el acceso podría llegar a causar un daño substancial al paciente. En caso de que rechazamos su acceso a las notas de psicoterapia, usted tendrá derecho a que las transfieran a otro profesional de salud mental.

**4. Derecho a corrección o complemento.** Usted tiene derecho a solicitar que corrijamos su información médica que crea que sea incorrecta o esté incompleta. Debe realizar una solicitud de corrección por escrito, e incluir las razones por las cuales cree que la información es inexacta o está incompleta. No estamos obligados a modificar la información de salud, y le proporcionaremos información sobre el rechazo del consultorio médico y cómo puede disentir con el rechazo. Podemos rechazar su solicitud si no contamos con la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para realizar la corrección), si usted no está autorizado para revisar o copiar la información en cuestión o si la información es correcta y está completa actualmente. Si rechazamos su solicitud, usted puede enviar una declaración escrita que exprese su disconformidad con la decisión y, a su vez, nosotros podemos impugnarla. También tiene derecho a solicitar que agreguemos a su registro una declaración de hasta 250 palabras con respecto a cualquier información dentro del registro que usted considere que está incompleta o es incorrecta. Toda la información relacionada a alguna solicitud de corrección o complemento se mantendrá y divulgará junto con cualquier divulgación subsiguiente de la información en disputa.

**5. Derecho a un resumen de divulgaciones.** Usted tiene derecho a recibir un resumen de las divulgaciones de su información de salud que este consultorio médico haya realizado, excepto que este consultorio médico no deba dar cuenta de las divulgaciones que se le proporcionaron o conforme a su autorización escrita, o según los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación a la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de prácticas de privacidad, o divulgaciones con fines investigativos o de salud pública que excluyan identificaciones directas de pacientes o que sean inherentes a un uso o una divulgación permitidos o autorizados por ley, o las divulgaciones que se realicen a una agencia de supervisión de la salud o a agentes de la autoridad en la medida que este consultorio médico haya recibido notificación de dicha agencia o agente de que el brindar este resumen razonablemente podría interferir en sus actividades.



**DERMATOLOGIST MEDICAL GROUP OF NORTH COUNTY, INC.**

6. Usted tiene derecho a estar informado de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y a una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad, incluso si previamente solicitó su recepción por correo electrónico.

Si quisiera tener una explicación más detallada de estos derechos o si quisiera ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro funcionario de privacidad indicado al comienzo de este Aviso de prácticas de privacidad.

**D. Cambios en este Aviso de prácticas de privacidad**

Nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que realicemos dicha modificación, la ley nos exige cumplir con este Aviso. Luego de que se realiza una modificación, el Aviso de prácticas de privacidad revisado aplicará a toda la información médica protegida que mantengamos, sin importar cuándo fue creada o recibida. Mantendremos una copia del aviso actual publicada en nuestra área de recepción y habrá una copia disponible en cada cita. [Para los consultorios que posean sitio web, agregar lo siguiente: También publicaremos el aviso vigente en nuestro sitio web].

**E. Quejas**

Las quejas con respecto a este Aviso de prácticas de privacidad o la manera en que este consultorio médico manipula su información de salud deben dirigirse a nuestro funcionario de privacidad indicado al comienzo de este Aviso de prácticas de privacidad.

Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina aborda una queja, puede enviar una queja formal a:

Region IX  
Office of Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD) .  
(415) 437-8329 (fax)  
[OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov)

El formulario de quejas se puede encontrar en:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf). Usted no será penalizado de ninguna forma por presentar una queja.