

**Dominion Fertility**  
**Suite 301**  
**46 S. Glebe Rd.**  
**Arlington, VA 22204**

Notificación de HIPAA sobre Prácticas de Privacidad

*Por favor lea esta notificación detalladamente ya que describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede obtener acceso a ella.*

Esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar información protegida sobre su salud (PHI por sus siglas en inglés) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (TPO por sus siglas en inglés) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos a obtener acceso y controlar la información protegida sobre su salud. “Información protegida sobre su salud” es información acerca de usted, inclusive información demográfica que puede identificarle y relacionada con sus afecciones o salud física o mental pasadas, presentes o futuras, y relacionada además a servicios de atención médica.

**Usos y divulgación de información protegida sobre salud**

La información protegida sobre su salud puede ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que participan en su atención y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de atención médica, para pagar sus facturas de atención médica, para apoyar la operación del consultorio médico y cualquier otro requerido por la ley.

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos información protegida sobre su salud para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con terceros. Por ejemplo, divulgaríamos información protegida sobre su salud, según sea necesario, a una agencia de atención de salud a domicilio que le proporciona atención médica. Como otro ejemplo, la información protegida sobre su salud también puede proporcionarse a un médico a quien usted haya sido referido para asegurar que dicho médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar su afección.

**Pago:** La información protegida sobre su salud se usará, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener aprobación para una hospitalización puede requerir que se divulgue información pertinente protegida sobre su salud al plan de atención médica a fin de obtener aprobación para la admisión en el hospital.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, información protegida sobre su salud para apoyar las actividades comerciales del consultorio de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de

evaluación de calidad, actividades de evaluación de empleados, entrenamiento de estudiantes médicos, licencias y conducción o arreglos para otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar información protegida sobre su salud a los estudiantes médicos que ven a pacientes en nuestros consultorios. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro, donde se le pedirá que firme su nombre e indique el nombre de su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté disponible para verlo. Podemos usar o divulgar información protegida sobre su salud, según sea necesario para contactarlo a fin de recordarle su cita.

**Uso requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar información protegida sobre su salud en las siguientes situaciones sin su autorización: según lo requerido por la ley; por situaciones relacionadas con la salud pública conforme lo requiere la ley; enfermedades contagiosas; supervisión de la salud; abuso o negligencia; requisitos de la Administración de Alimentos y Fármacos; procedimientos legales; cumplimiento de la ley; médicos forenses; directores de funerales; y donación de órganos; investigación; actividades criminales; actividades militares y seguridad nacional; compensación de los trabajadores; reclusos; usos y divulgaciones requeridos. Conforme a la ley, debemos proporcionarle información a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otras divulgaciones y usos permitidos y requeridos se harán sólo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo requiera la ley. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida que su médico o el consultorio de su médico haya tomado acción relacionada al uso o divulgación indicados en la autorización.

## **Sus derechos**

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a la información protegida sobre su salud.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información protegida sobre su salud.** Según la ley federal, sin embargo, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas referentes a psicoterapia, información compilada en anticipación razonable de una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, o para uso en el mismo, e información protegida sobre la salud sujeta a ley que prohíbe el acceso a información protegida sobre la salud.

**Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de la información protegida sobre su salud.** Esto significa que puede pedirnos que no usemos o divulguemos cualquier parte de la información protegida sobre su salud para fines de pago de tratamiento u operaciones de atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de la información protegida sobre su salud no sea divulgada a miembros de la familia o amigos que pueden participar de su cuidado o para propósitos de notificación, según lo descrito

en esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y la(s) persona(s) a quien(es) usted desea se aplique la restricción.

Su médico no tiene obligación de aceptar una restricción que usted solicite. Si el médico considera que es más beneficioso para usted permitir el uso y divulgación de la información protegida sobre su salud, ésta no será restringida. En este caso, usted tiene el derecho de usar a otro profesional de atención médica.

**Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en un lugar alternativo.**

**Usted puede tener el derecho de indicar que su médico modifique la información protegida sobre su salud.** Si rechazamos su pedido de modificación, tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación de su declaración; le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

**Usted tiene el derecho de recibir una lista de ciertas divulgaciones** que hemos hecho, si las hay, de la información protegida sobre su salud.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación y le informaremos por correo sobre cualquier cambio. Luego usted tendrá el derecho de objetar o de retirar la autorización otorgada previamente, según se establece en esta notificación.

**Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de esta notificación por parte nuestra,** previa solicitud, aunque haya acordado aceptar esta notificación electrónicamente.

**Quejas:** Usted puede presentar una queja ya sea a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja a nosotros mediante notificación a nuestro Funcionario Encargado de de Acatamiento de HIPAA. No tomaremos represalia contra usted por presentar una queja.

Esta notificación se publicó y entro en vigencia el 14 de abril de 2003

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y a proporcionar a las personas esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida sobre la salud. Si tiene objeciones a este formulario, pida hablar con nuestros Funcionario Encargado de Acatamiento de HIPAA, ya sea personalmente o por teléfono llamando a nuestro número de teléfono principal.

Su firma a continuación es sólo una confirmación de que ha recibido esta Notificación sobre nuestras Prácticas de Privacidad.

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Notificación de HIPAA sobre Prácticas de Privacidad