**Aviso de Practicas de Privacidad HIPAA**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACION MEDICA DE USTED Y COMO USTED PUEDE OBTENER ESTA INFORMACION. FAVOR DE EXAMINARLO CON CUIDADO.

1. **PROPOSITO:** Southwest Allergy & Asthma Associates, P.A. y sus empleados siguen las practicas de privacidad descritas en este aviso. Esta oficina guarda su informacion medica en documentos que se guardan de manera confidencial, como se require por ley. Sin embargo la oficina tiene que usar y revelar su informacion medica hasta el punto necesario para proporcionarle cuidado de salud de calidad. Para hacer esto, la oficina tiene que compartir su informacion medica como se require para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud.
2. **QUE SON TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE CUIDADO DE SALUD?:** El tratamiento incluye compartir informacion entre los proveedores de cuidado de la salud que participan en su atencion. Por ejemplo, su medico puede compartir informacion en cuanto a su condicion con el farmaceutico para discutir medicamentos apropiados, con radiologos o con otros especialistas para poder hacer un diagnostic. Es posible que la oficina use su informacion medica como se require por su asegurador o su HMO (Organizacion de Mantenimiento de Salud) para obtener pago por su tratamiento. Es posible que tambien usemos y revelemos su informacion medica para mejorar la calidad de atencion. Eg: para propositos de estudio y capacitacion.
3. **COMO USARA LA OFICINA MI INFORMACION MEDICA?:** Se puede usar su infomacion medica para propositos a continuacion, a menos que usted pida restricciones sobre un uso o revelacion especifica:
4. Familiares o amigos cercanos que participan en su cidado o en el pago de su tratamiento
5. Recordatorios de citas
6. Para informarle a usted de beneficios o servicios de tratamiento relacionados con su salud (se le dara oportunidad de rechazar recibir esta informacion)
7. Cuando requiere por ley
8. Actividades de salud publica, reportar abuso or negligencia de niños, reportar reacciones a medicamentos o problemas de productos, control de enfermedades infecciosas, avisar a autoridades gubernamentales de abuso, negligencia o violencia domestica sospechosa (si usted esta de acuerdo o si se require por ley).
9. Actividades de vigilancia de salud (e.g.: auditoria, inspecciones, investigaciones y licenciatura)
10. Juicios y litigio. (Intentaremos proveerle a usted aviso anterior de citacion antes de revelar la informacion.)
11. Cumplimiento de la ley (e.g.: como respuesta a resolucion judicial o otro proceso legal para indentificar o localizer a un individuo buscado por las autoridades.
12. Medicos forenses o investigadores y directores de funerarias.
13. Donacion de organos y tejidos.
14. Ciertos proyectos de investigacion.
15. A autoridades de mando militar si usted es miembro de las fuerzas armadas o miembro de una autoridad militar extranjera.
16. Actividades de inteligencia y seguridad nacional.
17. Proteccion del Presidente o otras personas autorizadas para jefes de estado extranjero o para realizar investigaciones especiales.
18. Compensacion de trabajadores. (Se puede divulger su informacion medica con respect a beneficios por enfermedades relacionadas con el trabajo si es apropiado.)
19. Para realizar operaciones de tratamiento, pago o cuidado de salud a traves de socios de negocios. e.g.: para instalar un sistema de computo nuevo.

4. **SE REQUIERE SU AUTORIZACION PARA OTRAS REVELACIONES:** Con excepcion de lo descrito anteriormente, no usaremos ni revelaremos su informacion medica a menos que usted autorize (permita) a la oficina por escrito divulger su informacion. Usted puede revocar su permiso en cual entrata en vigor solo despues de la fecha de su revocacion escrita.

5. **USTED TIENE DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA:** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su informacion medica, con tal que usted solicite por escrito acoger el derecho en la forma porvista por la oficina:

1. Derecho de restriccion de pedidos. Usted puede pedir limitaciones en su informacion medica que usemos o divulgemos para tratamiento, pago o operaciones de cuidado de salud, pero no se require accede a su pedido. Si aceptamos, cumplir con su pedido a menos que la informacion se necesite para proveerle a usted tratamiento de urgencia.
2. Derecho a comunicaciones confidenciales. Usted puede pedir comunicacion de cierta manera o en cierto local, per ousted tiene que especificar como y cuando desea que lo contacten.
3. Derecho a examinar y copiar. Usted tiene el Derecho a examiner y recibir una copa del papel de su infomacion medica con respecto a decisiones de su cuidado. Los apuntes de psicoterapia no se pueden examinar o copiar, enviar por correo o por materiales. Bajo circunstancias limitadas, se puede negar su pedido; usted puede pedir examinar la denegacion por otro profecional titulado de cuidado de la salud escogido por la oficina. La oficina aceptara el resultado del examen.
4. Derecho a pedir correccion. Si usted cree que la informacion medica que tenemos de usted no esta correcta o complete, usted puede solicitor una correccion en la forma provista por la oficina, la cual require cierta informacion especifica. No se require a la oficina aceptar la correccion.
5. Derecho a informe de revelaciones. Usted puede pedir una lista de revelaciones de su informacion medica que se han hecho a personal o entidades aparte de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud en los seis (6) años anteriores, pero no antes de 14 de Abril, 2003. Puede cobrarse despues del primer pedido.

6. **REQUISITOS CON RESPECTO A ESTE AVISO:** Se require por ley proveerle a usted este aviso. Nos regula este aviso mientras este vigente. Es posible que la oficina cambie este aviso; estos cambios estaran en vigor en cuanto a informacion medica que tengamos de usted asi como de informacion que recibamos en el futuro. Cada vez que usted se registre en la oficina para servicios de cuidado de salud como paciente internado o no internado, usted podra recibir una copia del aviso vigente en ese momento.

7. **QUEJAS:** Si usted piensa que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja con la oficina o con el Ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No se prejudicara usted de ninguna manera ni se tomaran represalias en su contra por presentar una queja a la oficina o al Deparatamiento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

8. **PREGUNTAS:** Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso porfavor comuniquese con nuestro Administrador de Privacidad en la direccion y numero de telefono indicados al final de este documento.

Marissa Terrazas, Administrador de Privacidad

11410 Vista del Sol

El Paso, TX 79936

(915)592-6269