



# iso de Prácticas de Privacidad

---

220 Concourse Boulevard  
Santa Rosa, CA 95403  
www.evolverestorativecenter.care  
707.271.5443  
privacy@evolverestorativecenter.com

## **Su información. Sus derechos. Nuestra responsabilidad.**

---

Este aviso describe cómo se usa y cómo se divulga su información médica y cómo usted puede acceder a esa información. **Le pedimos que lea detenidamente.**

### **Sus derechos**

**Usted tiene ciertos derechos sobre su información médica.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### **Obtenga una copia electrónica o en papel de su historial médico**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico o de otra información médica que tengamos sobre usted. Puede consultarnos cómo hacerlo.
- Le daremos una copia o un resumen de su información médica dentro de los 15 días luego de su solicitud. Es posible que cobremos un tarifa razonable basada en el costo.

#### **Solicite correcciones al historial médico**

- Puede pedirnos que corrijamos su información médica si piensa que es incorrecta o que está incompleta. Puede consultarnos cómo hacerlo.
- Podemos responder que «no» a su pedido, pero le daremos una razón por escrito dentro de 30 días.

#### **Solicite comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que lo contactemos por algún medio en particular (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a otra dirección.
- Responderemos que «sí» a todas las solicitudes razonables.

#### **Solicite que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o para nuestras operaciones. No tenemos que aceptar su pedido, y podemos decir que «no» si afectara su salud.
- Si paga el total de un servicio o artículo sanitario, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica a los efectos del pago o de nuestras operaciones. Diremos que «sí» a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

#### **Obtenga una lista de las partes con quienes compartimos información**

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.

- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relativas a tratamientos, pagos y operaciones de atención sanitaria, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le entregaremos un recuento al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable en función de los costos si solicita otra dentro de los 12 meses.

### **Obtenga una copia de este Aviso de Privacidad**

Puede solicitar una copia de este aviso en papel en cualquier momento, incluso si aceptó recibirla en formato electrónico. Le enviaremos una copia en papel a la brevedad,

### **Designa a una persona para que actúe en su nombre**

- Si usted le dio a una persona un poder médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de permitirlo.

### **Presente una queja si siente que se violaron sus derechos**

- Si siente que se violaron sus derechos, puede quejarse poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias por presentar una queja.

### **Sus preferencias**

**Puede indicarnos sus preferencias respecto de qué información médica suya compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Indíquenos cómo prefiere que actuemos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedirnos:

- Que compartamos información con su familia, amigos y otros involucrados en su salud.
- Que compartamos información en una situación de catástrofe
- Que incluyamos su información en el directorio de un hospital

*Si no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para atenuar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En los siguientes casos, nunca compartimos su información a menos que nos autorice por escrito:

- Marketing
- Venta de su información
- Intercambio de notas de psicoterapia

Recaudación de fondos:

- Podemos contactarlo para recaudar fondos, pero puede pedirnos que no volvamos a hacerlo.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

### **¿De qué manera solemos usar o compartir su información médica?**

Solemos hacerlo de las siguientes formas:

#### **Tratamientos**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Por ejemplo: Si un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro médico sobre su estado general de salud.*

#### **Dirigir nuestra organización**

Podemos utilizar y compartir su información médica para dirigir nuestra organización, mejorar la atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

*Por ejemplo: Utilizar su información médica para gestionar su tratamiento y servicios.*

#### **Cobrar sus servicios**

Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y cobrarle a planes de salud u otras entidades.

*Por ejemplo: Facilitar información sobre usted a su seguro médico para que pague por sus servicios.*

### **¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?**

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras formas, normalmente si contribuyen al bien público, como la salud pública e investigaciones. Tenemos que cumplir 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](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### **Colaborar con temas de salud y seguridad públicos**

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como por ejemplo:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar a retirar productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Notificar sospechas de malos tratos, abandono o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona

## **Investigar**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones sanitarias.

## **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

## **Responder a solicitudes de donación de órganos o tejido**

Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

## **Trabajar con un médico forense o un director de funeraria**

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

## **Atender a solicitudes de indemnización de trabajadores, de las fuerzas de seguridad y otras solicitudes del gobierno**

Podemos usar o compartir su información médica en los siguientes casos:

- Indemnizaciones de trabajadores
- Con fines policiales o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con organismos de control sanitario para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

## **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

## **Nuestra responsabilidad**

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si se produce un incumplimiento que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de un modo diferente al que describimos aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. En ese caso, infórmenos por escrito.

Para obtener más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Cambios a los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro consultorio y en nuestro sitio web.

01-17-2024

Este aviso se aplica a Evolve Restorative Center Clinics y Evolve Physical Therapy. No comercializamos ni vendemos información personal. No compartiremos historiales de tratamiento por abuso de sustancias sin su permiso por escrito.

Director de Cumplimiento y Gestión de Riesgos

[privacy@evolverestorativecenter.com](mailto:privacy@evolverestorativecenter.com)

707.271.5443