



# HARMONY

## HEALTH CLINIC

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

La ley nos exige proteger la privacidad de la información médica que puede revelar su identidad y proporcionarle una copia de este aviso que describe las prácticas de privacidad de la información médica de Harmony Health Clinic. Siempre se publicará una copia de nuestro Aviso actual en nuestra sala de espera / área de recepción. Puede obtener su propia copia llamando a Harmony Clinic al (501)375-4400, enviando un correo electrónico a nuestra Gerente de la Clínica a [ravens@harmonyclinicar.org](mailto:ravens@harmonyclinicar.org), o puede recoger una en persona en el momento de su próxima visita a la clínica al 201 East Roosevelt Rd, Little Rock, AR 72206.

*Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea obtener más información, comuníquese con Harmony Health Clinic al (501)375-4400, envía un correo electrónico a nuestra Directora de la Clínica [miranda@harmonyclinicar.org](mailto:miranda@harmonyclinicar.org), o envíe un correo a Harmony Clinic, ATTN: Clinic Director, 201 East Roosevelt Rd, Little Rock, AR 72206.*

### **¿Qué información de salud está protegida?**

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información que recopilamos sobre usted mientras brindamos servicios relacionados con la salud. Algunos ejemplos de información médica protegida son:

- Información que indique que eres un paciente o que recibe tratamiento u otro servicio relacionado ofrecido por nuestra clínica;
- Información sobre su estado de salud (como una enfermedad que puede tener); o
- Información sobre productos o servicios de atención médica que haya recibido o pueda recibir en el futuro

#### **CUANDO SE COMBINA CON:**

- Información demográfica (como su nombre, dirección o estado de seguro médico);
- Números únicos que pueden identificarlos (como su número de seguro social, su número de teléfono o su número de licencia de conducir); u
- Otros tipos de información que pueden identificarle

## REQUISITO DE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Obtendremos su autorización por escrito antes de usar su información médica o compartirla con otras personas fuera de Harmony Health Clinic, excepto como describimos en este Aviso. Los usos y divulgaciones de información médica que requieren su autorización por escrito incluyen: la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, la mayoría de usos y divulgaciones de información médica protegida con las intenciones de marketing, y divulgaciones que constituyen una venta de información médica protegida. Otros usos y divulgaciones no escritos en este Aviso o permitidos por la HIPAA se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

También puede iniciar la transferencia de sus registros a otras personas completando un formulario de autorización por escrito. Si nos proporciona una autorización por escrito, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya nos hayamos basado en ella. Para revocar una autorización por escrito, comuníquese con Harmony Health Clinic al (501)375-4400, envíe una solicitud por correo electrónico a nuestra Directora de la Clínica a [miranda@harmonyclinicar.org](mailto:miranda@harmonyclinicar.org), o envíe una solicitud a Harmony Health Clinic, Attn: Clinic Director, 201 East Roosevelt Road, Little Rock, AR 72206.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Hay algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización por escrito antes de usar su información médica o compartirla con otros. Son:

### **1. Tratamiento y Operaciones de Salud**

*Harmony Health Clinic puede usar su información médica o compartirla con otros para brindar servicios de atención médica y administrar las operaciones comerciales normales de Harmony Health Clinic. Su información médica también se puede compartir con sus otros proveedores de atención médica para que puedan realizar conjuntamente ciertas operaciones comerciales junto con nuestra práctica médica. En algunos casos, también podemos divulgar su información médica para ciertas operaciones comerciales de otro proveedor de atención médica. A continuación, se muestran más ejemplos de cómo se puede usar y divulgar su información para este tratamiento y operaciones comerciales normales sin su autorización por escrito.*

- A. Tratamiento:** Podemos compartir su información médica con los proveedores de atención médica de nuestra clínica que participan en su atención y, a su vez, ellos pueden utilizar esa información para diagnosticar o tratar. Un médico o proveedor de nuestra clínica puede compartir su información médica con otro médico o proveedor dentro de nuestra clínica o con alguien en otro hospital o práctica médica para determinar cómo diagnosticar o tratar. Su médico o proveedor también puede compartir su información médica con otro médico o proveedor al que lo hayan derivado para recibir atención médica adicional.
- B. Operaciones de atención médica:** Podemos usar su información médica o compartirla con otros para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que le brindan.

- C. Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento, Beneficios y Servicios.** En el curso de brindarle tratamiento, podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios. También podemos utilizar su información médica para recomendarle posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
  - D. Socios de Negocio.** Podemos divulgar su información médica a contratistas, agentes y otros socios comerciales que necesitan la información para ayudarnos a llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con una firma de contabilidad o una firma de abogados que nos brinde asesoramiento profesional sobre cómo mejorar nuestros servicios de atención médica y cumplir con la ley. Si divulgamos su información médica a un socio comercial, tendremos un contrato por escrito con nuestro socio comercial que asegura que nuestro socio comercial también protege la privacidad de su información médica.
- 2. Amigos y Familiares Involucrados en su Cuidado.** Si nos autoriza a hacerlo, podemos compartir su información médica con un miembro de la familia, pariente o amigo personal cercano que esté involucrado en su atención.
- 3. Emergencias o Necesidad Pública.**
- A. Como Requiere La Ley.** Podemos usar o divulgar su información médica si así lo exige la ley. También le notificaremos de estos usos y divulgaciones si la ley exige un Aviso.
  - B. Actividades de Salud Pública.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios de salud pública autorizados ( o una agencia gubernamental extranjera que colabore con dichos funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública bajo la ley, como el control de enfermedades o peligros para la salud pública. También podemos divulgar su información médica a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que corra el riesgo de contraer o propagar la enfermedad si una ley nos lo permite. También podemos divulgar su información médica a los registros gubernamentales de enfermedades. Y finalmente, podemos divulgar cierta información médica sobre usted a su empleador si es necesario para cumplir con las leyes laborales.
  - C. Víctimas de Abuso, Negligencia, o Violencia Doméstica.** Podemos divulgar su información médica a una autoridad de salud pública que esté autorizado para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - D. Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos divulgar su información médica a agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de Harmony Health Clinic. Estas agencias gubernamentales monitorean el funcionamiento del sistema de atención médica, los programas gubernamentales de beneficios como Medicare y Medicaid, y el cumplimiento de los programas regulatorios gubernamentales y las leyes de derechos civiles.
  - E. Supervisión, Reparación y Retirada de Productos.** Podemos divulgar su información médica a una persona o empresa regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos con el propósito de: (1) informar o rastrear defectos o problemas del producto; (2) reparar, reemplazar o retirar productos defectuosos o peligrosos; o (3) monitorear el desempeño de un producto después de que haya sido aprobado para su uso por el público en general.
  - F. Litigios y Disputas.** Podemos divulgar su información médica si nos lo ordena el tribunal o tribunal administrativo que esté manejando una demanda u otra disputa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, solicitud o para obtener una orden

- judicial que proteja la información de divulgación adicional y solo con una certificación por escrito de la parte que emite la citación de conformidad con la ley.
- G. Cumplimiento de la Ley.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley por ciertas razones, como cumplir con las órdenes judiciales, ayudar en la identificación de fugitivos o la ubicación de personas desaparecidas o, si es necesario, para denunciar un crimen que ocurrió en nuestra propiedad.
  - H. Para Evitar Una Amenaza Grave e Inminente para la Salud o la Seguridad.** Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria e inminente a su salud o del público. En tales casos, sólo compartiremos su información con alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza. También podemos divulgar su información médica a los agente del orden si nos informa que participó en un delito violento que pudo haber causado un daño físico grave a otra persona, o si determinamos que escape de la custodia legal (como una prisión o institución de salud).
  - I. Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia o Servicios de Protección.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados que estén llevando a cabo actividades de inteligencia y seguridad nacional o que brinden servicios de protección al presidente u otros funcionarios importantes.
  - J. Militares y Veteranos.** Si está en las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información médica a las autoridades de comando militar correspondientes para las actividades que consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
  - K. Recursos e Instituciones Correccionales.** Si usted es un preso o es detenido por un oficial de la ley, podemos divulgar su información de salud a los oficiales de la prisión o los oficiales de la ley si es necesario para brindarle atención médica o para mantener la seguridad y el buen orden en el lugar donde está confinado. Esto incluye compartir información que es necesaria para proteger la salud y seguridad de otros presos o personas involucradas en la supervisión o transporte de presos.
  - L. Compensación para Trabajadores.** Podemos divulgar su información médica para la compensación de trabajadores o programas similares que brindan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.
  - M. Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** En el desafortunado caso de su muerte, podemos divulgar su información médica a un médico forense o examinador médico. También podemos divulgar esta información a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones de conformidad con la ley aplicable.
  - N. Investigación.** En algunas circunstancias, podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito si obtenemos la aprobación a través de un proceso especial para garantizar que la investigación sin su autorización por escrito represente un riesgo mínimo para su privacidad. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia permitiremos que los investigadores utilicen su nombre o identidad públicamente. También podemos divulgar su información médica sin su autorización por escrito a personas que estén preparando un proyecto de investigación en el futuro, siempre y cuando cualquier información que lo identifique no salga de nuestras instalaciones. En el desafortunado caso de su muerte, podemos compartir su información de salud con personas que están realizando investigaciones utilizando la información de personas fallecidas, siempre que acuerden no eliminar de nuestras instalaciones cualquier información que lo identifique.

- O. Recaudación de Fondos.** Se nos permite utilizar su información demográfica y las fechas de su atención médica para fines de recaudación de fondos. La recaudación de fondos es una comunicación nuestra o de uno de nuestros socios comerciales con el fin de recaudar fondos para nuestra organización, incluidas las solicitudes de donaciones o información sobre el patrocinio de eventos. Nunca divulgaremos información individual sobre usted para actividades de recaudación de fondos sin su consentimiento explícito.
- 4. Información Completamente De Identificado o Parcialmente Des identificada.** Podemos usar y divulgar su información médica si hemos eliminado cualquier información que tenga el potencial de identificarlos para que la información médica sea completamente des identificada. También podemos usar y divulgar información de salud “parcialmente anónima” sobre usted si la persona que recibe la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información según lo exigen las leyes federales y estatales. La información de salud parcialmente anónima no contendrá ninguna información que lo identifique directamente (como su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia).
- 5. Divulgaciones Incidentales.** Si bien tomaremos medidas razonables para salvaguardar la privacidad de su información médica, ciertas divulgaciones de su información médica, ciertas divulgaciones de su información médica pueden ocurrir durante o como resultado inevitable de nuestros usos o divulgaciones permitidos de otra manera de su información médica. Por ejemplo, durante el curso de una sesión de tratamiento, otros pacientes en el área de tratamiento pueden ver o escuchar una conversación sobre su información de salud.

## SUS DERECHOS DE ACCEDER Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

*Queremos que sepa que tiene los siguientes derechos para acceder y controlar su información médica.*

- 1. Derecho a Inspeccionar y Copiar Registros.** Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de cualquier información sobre su salud que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento mientras mantengamos esta información en nuestros registros. Esto incluye registros médicos. Para inspeccionar u obtener una copia de su información médica, envíe su solicitud por escrito a Harmony Health Clinic en 201 East Roosevelt Rd, Little Rock, AR 72206 o envíe una solicitud por correo electrónico a nuestra Gerente de la Clínica a [ravens@harmonyclinicar.org](mailto:ravens@harmonyclinicar.org). Si solicita una copia de su información, es posible que le cobremos una pequeña tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros que utilizamos para cumplir con su solicitud. Bajo ciertas circunstancias muy limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información. Si lo hacemos, le proporcionaremos una denegación por escrito que explique nuestras razones para hacerlo y una descripción completa de sus derechos para que se revise esa decisión y cómo puede ejercer esos derechos.
- 2. Derechos para modificar Registros.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos mientras se mantenga en nuestros registros. Para solicitar una enmienda, escriba a Harmony Health Clinic, Attn: Clinic Director, 201 East Roosevelt Rd, Little Rock, AR 72206, envíe una solicitud por correo electrónico a nuestro Director de la Clínica a [miranda@harmonyclinicar.org](mailto:miranda@harmonyclinicar.org), o envíe una solicitud a Harmony Health Clinic, Attn: Clinic Director, 201 East Roosevelt Rd, Little Rock, AR 72206. Su solicitud debe incluir las razones por las que cree que deberíamos hacer la enmienda. Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos un Aviso por escrito que explica nuestra razones para hacerlo. Tendrá derecho a que se incluya en sus registros cierta información relacionada con la enmienda solicitada.
- 3. Derechos a un Informe de Divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un “informe de divulgaciones”, que identifica a otras personas u organizaciones a las que hemos divulgado su información médica de

acuerdo con la ley aplicable y las protecciones otorgadas en este aviso. Muchas divulgaciones de rutina que hacemos no se incluyen en esta contabilidad; sin embargo, la contabilidad incluirá muchas divulgaciones no rutinarias.

Para solicitar un informe de las divulgaciones, envíe un correo electrónico a nuestra Gerente de la clínica a [ravens@harmonyclinicar.org](mailto:ravens@harmonyclinicar.org) o envíe una solicitud a Harmony Health Clinic, Attn: Clinic Manager, 201 East Roosevelt Road, Little Rock, AR 72206. Debe indicar un periodo de tiempo dentro de los últimos siete años para las divulgaciones que desea que incluyamos. Tiene derecho a recibir un informe dentro de cada periodo de 12 meses de forma gratuita. Sin embargo, el costo de proporcionar una contabilidad adicional en ese mismo periodo de 12 meses.

- 4. Derechos a Solicitar Protecciones de Privacidad Adicionales.** Tiene derecho a solicitar que restrinjamos aún más la forma en que usamos y divulgamos su información médica para tratar su afección o ejecutar nuestras operaciones comerciales. También puede solicitar que limitemos la forma en que divulgamos su información a familiares o amigos involucrados en su atención. Para solicitar restricciones, envíe un correo electrónico a nuestra Directora de la Clínica a [miranda@harmonyclinicar.org](mailto:miranda@harmonyclinicar.org) o envíe una solicitud a Harmony Health Clinic Attn: Clinic Director, 201 East Roosevelt Road, Little Rock, AR 72206. No estamos obligados a aceptar su solicitud de una restricción y, en algunos casos, la restricción que solicite puede no estar permitida por la ley. *Sin embargo, si aceptamos estaremos sujetos a nuestro acuerdo a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o cumplir con la ley.* Una vez que hayamos acordado una restricción en cualquier momento. En algunas circunstancias, también tendremos derecho a revocar la restricción siempre que se lo notificaremos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de que podamos revocar la restricción. Tiene derecho a restringir ciertas divulgaciones de información médica protegida a un plan de salud en el que usted paga o alguien en su nombre ha pagado de su bolsillo y en su totalidad. Tiene derecho a revocar la restricción en cualquier momento.
- 5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comunique con usted acerca de sus asuntos médicos de una manera que sea más confidencial para usted, como llamarlo a su casa en lugar del trabajo. Para solicitar comunicaciones más confidenciales, envíe un correo electrónico a nuestra Gerente de Clínica a [ravens@harmonyclinicar.org](mailto:ravens@harmonyclinicar.org) o envíe una solicitud a Harmony Health Clinic, Attn: Clinic Manager, 201 East Roosevelt Rd, Little Rock, AR 72206. *No le preguntaremos el motivo de su solicitud e intentaremos satisfacer todas las solicitudes razonables.*
- 6. Derecho a que Alguien Actúe en su Nombre.** Tiene derecho a nombrar un representante personal que puede actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Los padres y tutores generalmente tendrán derecho a controlar la privacidad de la información médica sobre menores a menos que la ley permita a los menores actuar en su propio nombre.
- 7. Derecho a obtener una copia de los avisos.** Si este Aviso se proporciona electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso, que puede solicitar en cualquier momento. Para hacerlo, llame a Harmony Health Clinic al (501) 375-4400, envíe una solicitud por correo electrónico a nuestro Gerente de la Clínica a [ravens@harmonyclinicar.org](mailto:ravens@harmonyclinicar.org), o escriba a Harmony Health Clinic, Attn: Clinic Manager, 201 East Roosevelt Road, Little Rock, AR 72206. También puede obtener una copia de este Aviso solicitando una copia en su próxima cita o en cualquier visita en persona a Harmony Health Clinic. Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad de vez en cuando. Si lo hacemos, revisaremos este Aviso para que tenga un resumen preciso de nuestras prácticas. Publicaremos cualquier Aviso revisado en nuestra sala de espera / área de recepción. También podrá obtener su propia copia del Aviso revisado. La fecha de vigencia del Aviso siempre se anotará en la esquina superior derecha de la primera página. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso que está actualmente en vigor.
- 8. Derechos a Presentar Una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nosotros, comuníquese con: Harmony Health Clinic al (501) 375-4400,

envíe una queja por correo electrónico a nuestro Director de la Clínica a [miranda@harmonyclinicar.org](mailto:miranda@harmonyclinicar.org), o envíe un correo electrónico a Harmony Health Clinic, Attn: Clinic Director, 201 East Roosevelt Road, Little Rock, AR 72206. Para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, visite <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.

*Nadie tomara represalias ni tomará medidas en su contra para presentar una queja.*

- 9. Derecho a ser notificado después de una violación de la PHI no protegida.** Si se ve afectado por una violación de su información médica protegida no segura, tiene derecho a recibir y recibirá una notificación de dicha violación.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

*Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Harmony Health Clinic y, por lo tanto, se me ha informado sobre cómo Harmony Health Clinic puede utilizar y divulgar mi información médica y como puedo obtener acceso y control de esta información.*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**O**

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de Paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Autoridad Para actuar en nombre del paciente