

NOTICIA DE PRACTICA PRIVADOS

Fecha Efectiva: 14 de Abril 2003

ESTA NOTICIA EXPLICA COMO SU INFORMACIÓN MEDICA SERA USADO Y DESCUBRIDO Y COMO USTED PUEDE SER ACCESIBLE SU INFORMACIÓN . POR FAVOR DE REVISAR ESTA INFORMACION CON CUIDADO.

Sobre Nosotros:

En esta noticia, nosotros usamos términos como “nosotros”, “nos, o “nuestro” cuando estamos refiriendo a Austin Cancer Center, sus médicos, empleados, personales y otros personales. Todos los sitios de Austin Cancer Center siguen los términos de esta noticia y pueden compartir entre ellos información para tratamientos de salud, pago o operaciones de salud expresamente como notado en esta noticia.

Intencion de esta noticia:

Esta noticia demuestra como nosotros podemos usar y descubrir su información medico para poder llevar a cabo tratamientos, pagos o operaciones de salud expresamente y para otros objetos que permiten o seran exigirado por la ley. Esta noticia también esbozo de aduana legales para proteger la intimidad de la información de su salud y explica los derechos que tiene usted de tener su información protegida. Nosotros crearemos un registro de los servicios que le proporcionaremos, y este registro incluirá la información de su salud. Necesitamos tener esta información para asegurarnos que usted recibe los cuidados adecuados y para reunir ciertos requisitos legales a respecto a su cuidado de salud. Nosotros entendemos que la información acerca de su salud es personal, y nos comprometemos a proteger su privacidad y asegurar que esta información no sea usada de forma inapropiada.

Nuestras Responsabilidades:

La ley requiere que nosotros mantengamos privado su información y que le proporcionemos noticia de nuestros deberes legales y de las consultas privadas que afectan la información de su salud. Permaneceremos por los términos de esta Notificación.

Como Usaremos o Revelaremos la Información de su Salud:

Las siguientes categorías demuestra ejemplos de cómo utilizaremos y revelaremos la información de su salud:

Para Tratamientos: Nosotros utilizaremos la información de su salud para brindarle tratamientos o servicios médicos. Por ejemplo, la información de su salud sera revelada a las enfermeras de oncología que participarán en su cuidado. También la revelaremos a otros oncólogos con propósito de consulta. Así también sera revelada a su doctor o a otro proveedor de asistencia médica para asegurarnos de que ellos tengan la información necesaria para hacer un diagnostico y tratarlo.

Para Pagos: Nosotros utilizaremos y revelaremos la información de su salud a otros para que ellos nos paguen o para que le reembolsen a usted por su tratamiento. Por ejemplo, una cuenta podría ser enviada a usted, a su compañía de seguros o a una tercera persona que se haga responsable de los pagos. La cuenta podría tener información que lo identifique a usted, su diagnóstico, y tratamiento o pertrechos utilizados en su tratamiento.

Nosotros podríamos compartir la información de su salud con los programas de las compañías farmacéuticas de ayuda al paciente y con las organizaciones de apoyo al paciente para poder asistirlo a usted a obtener reembolsos por su cuidado o por ciertas partes de su tratamiento.

Para Operaciones del Cuidado de la Salud: Nosotros utilizaremos y revelaremos la información de su salud para sostener las actividades de nuestra empresa. Por ejemplo, nosotros utilizaremos la información de su salud para actividades de evaluación de calidad, entrenamiento de estudiantes de medicina, obtención de las credenciales necesarias y para otras actividades esenciales.

Formatted: Bullets and Numbering

Nosotros podríamos pedirle que escriba su nombre en una lista de ingreso en el escritorio de recepción para poderlo llamar por su nombre en la sala de espera cuando sea momento de su cita.

Nosotros podríamos revelar la información de su salud a una tercera persona que provee servicios, como facturar y coleccion, en nuestro nombre. En esos casos, nosotros entraremos en un acuerdo escrito con la tercera persona para asegurarnos que ellos protejan la privacidad de la información de su salud.

Recordatorio de Cita: Nosotros utilizaremos y revelaremos la información de su salud para poder en contacto con usted y recordarle su próxima cita para tratamiento o para servicios del cuidado de su salud.

Alternativas de Tratamiento y Beneficios y Servicios Relacionados a la Salud: Nosotros podríamos utilizar la información sobre su salud para informarle de servicios o programas que nosotros creemos serían muy beneficiosos para usted. Nosotros podríamos llamarlo o mandarle una carta o correo electrónico con información acerca de estos servicios o beneficios. Por ejemplo, nosotros podríamos avisarle de nuevos productos, información de productos o un nuevo programa de asistencia al paciente que este disponible para usted.

Individuos Implicados en su Cuidado o en el Pago de su Cuidado: Nosotros podemos revelar información sobre su salud, incluyendo información acerca de su condición, a un miembro de su familia o amigo que se encuentre implicado en su cuidado médico o a la persona que le ayuda a pagar su tratamiento. **Si usted no quisiera que la información acerca de su estado de salud sea revelada a sus familiares o amigos, por favor de notificar a Mary Portus, (512) 505-5511.** Nosotros podemos revelar información sobre su salud a organizaciones de rescate para que su familia pueda ser notificada a cerca de su condición, estado y ubicación.

La ley nos permite usar y revelar la información sobre su salud sin su consentimiento en los siguientes casos:

Exigido por la Ley: Nosotros podemos usar y revelar información sobre su salud si es que es exigido por la ley federal, estado o local.

Formatted: Bullets and Numbering

Procedimientos Judiciales y Administrativos: Si usted esta implicado en un procedimiento legal, nosotros podemos revelar información sobre su salud en respuesta a una orden administrativa o legal. También podemos revelar información sobre su salud en respuesta a una citación, subpoena, a pedido, u otro proceso legal en el cual se encuentra involucrada una tercera persona en la disputa legal, pero sólo si se han hecho esfuerzos para comunicarse a usted o para obtener una orden que proteja la información .

Actividades de Revisión del Sistema de Salud: Nosotros podemos usar y revelar información sobre su salud a agencias de revisión del sistema de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de revisión del sistema de salud son necesarios que las realice el gobierno ya que por medio de éstas puede controlar el sistema del cuidado de la salud, programas benéficos gubernamentales, asegurarse del correcto cumplimiento de los programas regulatorios gubernamentales, y el cumplimiento de los derechos civiles.

Aplicación del Inponer de la Ley: Nosotros podemos usar y revelar información sobre su salud, con limitaciones, a oficiales de inponer de la ley para diferentes propósitos:

- Para conformarse con una orden del tribunal, la autorización, la citación u otro proceso semejante;
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, material que sirva como testigo, o una persona desaparecida;
- A cerca de la víctima de un crimen, si se es incapaz de obtener el acuerdo de la víctima;
- A cerca de una muerte que nosotros sospechamos sea el resultado de un acto criminal;

- A cerca de una conducta criminal que de buena fé nosotros pensamos haya ocurrido en nuestros lugares; y
- Para informar de un crimen, la ubicación del mismo, y la identidad, descripción y ubicación del individuo que cometió el crimen, en una situación de emergencia.

Actividades de Salud Pública: Nosotros podemos usar y revelar información sobre su salud para actividades de salud pública, incluyendo las siguientes:

- Para prevenir o controlar enfermedades, heridas o incapacidad;
- Para reportar nacimientos o fallecimientos;
- Para reportar abuso de menores o mal trato;
- Para reportar eventos adversos, defectos o problemas del producto;
- Para rastrear los productos regulados por la Dirección de Alimentos y Drogas de los E.E.U.U. (FDA);
- Para notificar a la gente que el fabricante de un producto fallado esta solicitando que estos productos sean devueltos; y
- Para notificar a una persona que podría haber sido expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda estar en peligro de contraer o esparcir la enfermedad.

Amenaza Grave a la Salud o Seguridad: Si hay una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona, nosotros podemos usar y revelar información sobre su salud a una persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Donación de Organos/Tejidos: Si usted es un donante de órganos, nosotros podemos usar y revelar información sobre su salud a organizaciones que manejan la adquisición de órganos, ojos, o transplante de tejido o a un banco de donativo de órganos.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos, y Directores de Funerales: Nosotros podemos usar y revelar información sobre su salud a un pesquicador o examinador médico. Esta información podría ser necesaria para identificar a una persona difunta o para determinar la causa de su muerte. Nosotros también podemos revelar información sobre su salud, si es necesario, a los directores de funerales para ayudarlos a realizar sus deberes.

Compensación por Accidentes en el Trabajo: Nosotros podemos revelar información sobre su salud para compensación por trabajo o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por daños o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Víctimas de Abuso, Descuido o Violencia Doméstica: Nosotros podemos revelar información sobre su salud a la autoridad gubernamental apropiada si nosotros creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, descuido o violencia doméstica. Nosotros sólo revelaremos esta información con su consentimiento, o cuando sea exigido o autorizado por la ley.

Actividades Militares o Veteranas: Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, nosotros revelaremos información sobre su salud a autoridades militares. Información sobre salud de personal de milicias extranjeras seran reveladas a autoridades militares extranjeras.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia: Nosotros podemos revelar información sobre su salud a los oficiales federales autorizados de inteligencia, el contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicio de Protección para el Presidente y Otros: Nosotros podemos revelar información sobre su salud a los oficiales federales autorizados para que ellos puedan proveer los servicios de protección necesaria para el Presidente y otros, incluyendo a jefes de estado extranjeros.

Presos: Si usted es un preso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un oficial de la ley, nosotros podemos revelar información sobre su salud a la institución correccional o al oficial de la ley que este a

cargo de usted, para ayudarlos a proporcionarle cuidado de salud, proteger su salud y su seguridad así como también la salud y seguridad de otros, o para la seguridad de la institución correccional.

Investigación: Nosotros podemos usar y revelar información sobre su salud con ciertos propósitos limitados de investigación. Todos los proyectos, sin embargo, están sujetos a un proceso especial de aceptación. Este proceso evalúa un proyecto propuesto de investigación, revisa varios asuntos específicos, y determina si cumple con los requisitos necesarios para mantener la información en privado para permitir el uso de ésta en el proyecto de investigación. Sin embargo, nosotros podemos revelar información sobre su salud a personas que se están preparando para conducir un proyecto de investigación; por ejemplo, para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información que revisan no salga fuera de la consulta.

Otros Usos y Revelaciones de la Información de su Salud: Otros usos y revelaciones de la información sobre su salud que no se encuentren cubiertas por esta noticia o las leyes que se aplican a nosotros se llevarán a cabo sólo con su autorización. Si usted nos autorizó a usar y revelar su información, usted puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, nosotros no seguiremos usando o revelando su información como se especifica en la autorización revocada, exepcto hasta el punto en que hemos tomado medidas en la dependencia en su autorización.

Sus Derechos con Respecto a la Información sobre su Salud

Usted tiene los siguientes derechos en lo que respecta a la información que mantenemos sobre usted:

Derecho a Solicitar Restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar restricciones en la forma como nosotros manejamos su información para tratamiento, pago u operaciones del cuidado de su salud. **Nosotros no tenemos la obligación de estar de acuerdo con su solicitud.** Si nosotros estuviésemos de acuerdo con usted, nos conformaremos con su pedido a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento en caso de emergencia. Para solicitar restricciones, usted debe solicitarla por escrito y enviarla a **Austin Cancer Center, Attn: Health Information Management Director 2211 W Braker Ln., Austin, TX 78758 (512)623-5211.**

Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial: Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted de cierta forma o a cierta dirección con respecto a los servicios que usted recibe de nosotros. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros solo nos comuniquemos con usted llamándolo a su trabajo o sólo por correo. Para solicitar comunicación confidencial, debe hacerla por escrito y enviarla a **Austin Cancer Center, Attn: Health Information Management Director 2211 W Braker Ln., Austin, TX 78758 (512)623-5211.** Nosotros no le preguntaremos el motivo de su solicitud. Trataremos de llevar a cabo todas las solicitudes razonables.

Derecho a Inspeccionar y a Copiar: Usted tiene derecho a inspeccionar y a copiar información que va a ser utilizada para tomar decisiones a cerca de su cuidado. Generalmente, esto incluye registros médicos y registros de pagos, pero no incluye notas de psicoterapia o información que ha sido archivada previamente, o que ha sido usada o vaya a ser utilizada en procesos legales, civiles o administrativos. Para inspeccionar y copiar información sobre su salud, usted debe solicitarla por escrito llenando la solicitud apropiada que nosotros le proporcionaremos y enviándola a **Austin Cancer Center, Attn: Health Information Management Director 2211 W Braker Ln., Austin, TX 78758 (512)623-5211.** Si usted solicita una copia de la información sobre su salud, nosotros le cobraremos honorarios por copia, envío o preparación de los documentos solicitados.

Nosotros podemos rechazar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias. Si a usted se le niega el acceso a su información, usted puede solicitar que un profesional licenciado en el cuidado de la salud elegido por nosotros, revise su caso. La persona que conducirá la revisión no será la misma que le negó el acceso a su información. Nosotros nos conformaremos con el resultado de la revisión.

Derecho a Enmendar: Si usted piensa que la información sobre su salud es incorrecta o está incompleta, usted puede solicitar que ésta sea rectificada por nosotros. Usted tiene derecho a solicitar rectificación mientras nosotros mantengamos su información. Para solicitar una rectificación, usted debe solicitarla por escrito llenando la solicitud apropiada que nosotros le proporcionaremos y enviandola a **Austin Cancer Center, Attn: Health Information Management Director 2211 W Braker Ln., Austin, TX 78758 (512)623-5211.**

Nosotros podemos rechazar su solicitud de rectificación. Si esto ocurre, usted recibirá una noticia en la cual se le explicará porque le ha sido negada y se le dará la oportunidad de hacer una declaración escrita de su desacuerdo con nosotros.

Derecho a Explicación de Revelaciones: Usted tiene el derecho a solicitar una explicación de ciertas revelaciones que nosotros hacemos de la información de su salud. Por favor tome en cuenta que ciertas revelaciones, como las que se hacen para tratamientos, pagos u operaciones del cuidado de la salud, no es necesario que las agreguemos a la contabilidad que nosotros le proporcionamos.

Para solicitar una contabilidad de revelaciones, usted debe solicitarla por escrito llenando la solicitud apropiada que nosotros le proporcionaremos y enviándola a **Austin Cancer Center, Attn: Health Information Management Director 2211 W Braker Ln., Austin, TX 78758 (512)623-5211.** Su solicitud debe especificar un periodo de tiempo que no puede ser mas de seis años, y no puede incluir fechas antes del 14 de Abril del 2003.

La primera contabilidad que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Para contabilidades adicionales, nosotros le cobraremos por el servicio de proveerle la contabilidad. Nosotros le notificaremos de los costos y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud antes de que ningún costo sea incurrido.

Derecho a Recibir una Copia de esta Noticia: Usted tiene derecho a recibir una copia de esta noticia en cualquier momento, así usted ya haya aceptado recibir esta noticia vía correo electrónico. Para recibir una copia de esta noticia, por favor diríjirlas a **Austin Cancer Center, Attn: Health Information Management Director 2211 W Braker Ln., Austin, TX 78758 (512)623-5211.** Usted también puede obtener una copia de esta noticia en nuestra página web, www.austincancercenters.com

Derecho a Quejarse: Si usted tiene cualquier pregunta a cerca de esta noticia o quisiera quejarse a cerca de las políticas de la consulta, por favor diríjirlas a: **Austin Cancer Center, Attn: Health Information Management Director 2211 W Braker Ln., Austin, TX 78758 (512)623-5211.** Usted también puede quejarse con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. **Usted no será penalizado ni amonestado por presentar una queja.**

Cambios a esta Notificación

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta noticia en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer una nueva noticia siendo efectiva sobre toda la información de salud que nosotros actualmente mantenemos, así como también se hará efectiva sobre información de salud que recibamos en el futuro. Si nosotros hacemos cambios sustantivos o importantes en nuestras políticas de privacidad, revisaremos inmediatamente nuestra noticia. Colocaremos una copia de la actual noticia la sala de espera en todos los sitios. Cada versión de la noticia tendrá la fecha impresa en la primera página. Actualizaciones a esta noticia serán colocadas en nuestra pagina de web, www.austincancercenters.com

AUSTIN CANCER CENTERS
AUTHORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION MEDICA

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: (casa) _____ (trabajo) _____

Yo autorizo AUSTIN CANCER CENTERS proporcionar la informacion:

(Nombre de persona, medico, o clinica) _____

La siguiente informacion: _____ Historia & Fisico _____ Sumario de egreso
_____ Notas de Progreso _____ Resultados de citas con el medico
_____ Rayos X/AnalysisLaboritorios _____ Reportes de cirugia (quirafano)
_____ Otros Reportes (Lista) _____

Razon para proporcionar information: _____ Continuacion de Tratamiento _____ Seguro Medico
_____ Legal _____ Personal
_____ Otra (Lista) _____

ENTIENDO QUE:

1. Con esta firma AUSTIN CANCER CENTERS quedara fuera de responsibilidad y liabilidad legal por estos informes medicos por lo qual esta firma autorizada indica;
2. Yo entiendo que puedo revokar esta authorizacion en cualquier momento ANTES que los informes medicos sean propocionados;
3. Esta authorizacion expire noventa (90) days de la fecha de mi firma, or cual antes es informado;
4. Reportes pueden incluir informacion or referencias tocante el uso de drogas y alcohol, condicion psicologica de paciente, y/o referencias a/o resultados de enfermedades comunicables incluyendo el virus HIV / o examines de (SIDA).

Firma: _____

(Firma de Paciente)

Si algun otro persona aparte del paciente firma esto, favor de indicar relacion al paciente:

_____ Padre/made de paciente / guardian de nino/nina menor de edad
_____ Guardian de adulto incompetente mental or fisico
_____ Representante Personal _____ Representante Personal/esposo o esposa, hijo o hija adulto de paciente fallecido

Un fax o fotocopia de esta authorizacion sea valida igual que una original.

Fecha: _____ Testigo: _____

Por favor complete todo el formulario, imprimir y firmar, segun corresponda.
Formulario de devolucion por correo a la direccion debajo o por fax al numero que aparece debajo de. Gracias

Austin Cancer Centers
Attn: Records Request
2211 W Braker Ln, Austin, Texas 78758
Fax (512) 623-5290