



Notificación de prácticas de privacidad

VPA, P.C.
d/b/a Visiting Physicians Association
Fecha de inicio: 2/1/2020

Para: Oficial de privacidad
500 Kirts Blvd
Troy, MI 48084
TEL: (248) 824-6000
FAX: (855) 252-4449
C. E.: compliance@usmmlc.com

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación de prácticas de privacidad describe cómo puede ser usada y divulgada su información médica y cómo puede tener acceso a esa información. Revise este documento cuidadosamente.

Esta notificación es solo un resumen. La ley aplicable puede imponer requisitos a nosotros y a esta notificación que pueden no ser obvios. Por ejemplo, las definiciones de HIPAA de "marketing", "incumplimiento" u "operaciones de atención a la salud" son técnicas, incluyen excepciones y no aplican para todas las situaciones que usted podría considerar dentro de estas definiciones. Esta notificación no tiene la intención de ser más restrictiva que la ley aplicable, a menos que se especifique explícitamente.

Sus derechos

Usted tiene ciertos derechos respecto a su información de salud. Esta sección explica de manera general sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Tener una copia impresa o electrónica de su registro médico

- Usted puede solicitar una copia impresa o electrónica de su registro médico y otra información de la salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo.
- Le daremos una copia o un resumen de su información de salud, regularmente dentro de los siguientes 30 días después de su solicitud. Puede aplicar una tarifa razonable.

Solicitar corregir su registro médico

- Usted puede solicitar la corrección de su información de salud que usted crea es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo.
- Podemos rechazar su petición, pero le diremos por qué por escrito en los siguientes 60 días.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, a su teléfono de casa o trabajo) o enviar su correspondencia a una dirección diferente.

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitar que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos rechazarla si esta afectaría su atención.
- Si usted paga por un servicio o artículo de cuidado de la salud completamente de su propio bolsillo,

puede solicitarnos no compartir esa información para el propósito del pago o de nuestras operaciones con su aseguradora médica. Aceptaremos la solicitud a menos que la ley nos exija/permita compartir esa información.

Obtener datos de ciertas divulgaciones

- Usted puede solicitar una lista (datos) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones requeridas para su rastreo bajo este derecho. Proporcionaremos los datos una vez al año de manera gratuita, pero se aplicará una tarifa razonable si solicita otra copia en los próximos 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, incluso si usted aceptó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos su copia impresa enseguida.

Elegir a alguien que lo represente

- Si usted le dio a alguien una carta poder médica o si alguien funge como su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que esta persona tenga esta autoridad y pueda representarlos antes de que tomemos cualquier medida.

Presentar una queja si siente que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si siente que se han violado sus derechos usando la información de contacto en la parte de arriba.
- Puede presentar una queja con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
- No tendremos represalias contra usted por presentar una queja.



Notificación de prácticas de privacidad

VPA, P.C.
d/b/a Visiting Physicians Association
Fecha de inicio: 2/1/2020

Para: Oficial de privacidad
500 Kirts Blvd
Troy, MI 48084
TEL: (248) 824-6000
FAX: (855) 252-4449
C. E.: compliance@usmmlc.com

Sus decisiones

Para cierta información de salud, usted puede comunicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si usted tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las siguientes situaciones, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos usted tiene el derecho y la opción de pedirnos que:

- Compartamos su información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de desastre

Si no puede comunicarnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), compartiremos su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir su información cuando sea necesario casos de menores a serios e inminentes de amenaza a su salud o seguridad.

En dichos casos, nunca compartiremos su información, a menos que nos proporcionen permiso por escrito:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- Compartir las notas de psicoterapia

Podemos contactarlo para recolectar fondos, pero no puede pedir que no lo contactemos de nuevo.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos regularmente su información de salud? Normalmente la usamos o compartimos de la siguiente manera:

Tratamiento. Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales involucrados en su tratamiento. Ejemplo: un médico que lo trata por una herida pregunta a otro médico sobre sus condiciones de salud general.

Para nuestra organización. Podemos usar y compartir su información de salud para propósitos de nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. Ejemplo: usamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.

Facturas por sus servicios. Podemos usar su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: le damos información suya a su plan de seguro médico para que nos pague por nuestros servicios.

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud?

Tenemos permitido o se nos requiere compartir su información de otras formas, regularmente para contribuir al bien público, como la salud pública e investigación.

Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de compartir su información para estos propósitos.

Ayudar con asuntos de salud y seguridad públicas.

Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones, tales como: (I) prevenir enfermedades; (II) ayudar con retiro de productos; (III) reportar reacciones adversas a medicamentos; (IV) reportar sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica; o (V) para prevenir o reducir una amenaza seria a los usos y divulgaciones permitidos.

Investigación. Podemos usar o compartir su información para investigación sobre la salud.

Cumplir con la ley. Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo si el Departamento de Salud y Servicios Humanos quiere comprobar que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos. Podemos compartir información de su salud con organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un examinador médico o un director funeral. Podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, un examinador médico o un director de funeral cuando muere un individuo.

Cumplir las solicitudes de compensación de trabajadores, agencias legales y del gobierno. Podemos usar o compartir su información de salud: (I) para reclamos de compensación de trabajadores; (II) para propósitos de cumplimiento de la ley o a un agente del orden público; (III) con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley; o (IV) para funciones gubernamentales especiales, como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales. Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden administrativa o de la corte o para responder a una citación.

Otras formas en que podemos usar/divulgar información. La ley aplicable permite usos y divulgaciones adicionales no descritos ni mencionados anteriormente; usaremos/divulgaremos la información de cualquier forma permitida por la ley aplicable, incluyendo, mas no limitado a: por petición suya, para recordatorios de citas, para recomendar alternativas de tratamiento y productos y servicios relacionados con el cuidado de la salud; conjuntos de datos limitados en ciertas circunstancias; para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad; para ciertos asuntos de salud y seguridad públicas; para terceros asociados que nos asisten; a jueces de instrucción,



Notificación de prácticas de privacidad

VPA, P.C.
d/b/a Visiting Physicians Association
Fecha de inicio: 2/1/2020

Para: Oficial de privacidad
500 Kirts Blvd
Troy, MI 48084
TEL: (248) 824-6000
FAX: (855) 252-4449

C. E.: compliance@usmmlc.com

examinadores médicos y directores de funeral en caso de muerte; para agregar datos y desidentificar datos (hasta donde permite HIPPA); compartir dentro de algún Acuerdo de Atención a la salud organizado en el que participemos, con organizaciones de atención responsables, organizaciones de información de salud regionales, proyecto *blue botton* u otros intercambios de información de salud (en dichas situaciones, puede tener el derecho a negarse u otros derechos); y usos y divulgaciones que son incidentales a otros usos y divulgaciones permitidos.

Nuestras responsabilidades

- Por ley debemos conservar la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le diremos inmediatamente si hay algún incumplimiento que pudiera comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en esta notificación y proporcionarle una copia.
- No usaremos o compartiremos su información de ninguna forma diferente a las mencionadas, a menos que usted nos diga por escrito que lo hagamos. Si usted nos da permiso, puede cambiar de idea en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de idea.

No discriminación

VPA, P.C., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye o trata a las personas de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo u otras clases protegidas enlistadas legalmente. Según lo necesario, nosotros proporcionamos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, tales como: intérpretes de lenguaje de señas calificados, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos), servicios de lenguaje para personas cuya lengua materna no es el inglés (intérpretes calificados, información escrita en otros formatos). Si usted necesita estos servicios, contacte a Ronald Sagritalo. Si usted considera que VPA, P.C., ha fallado en proporcionar estos servicios o ha discriminado de otra forma a una clase protegida, puede presentar una queja con nuestro oficial superior de cumplimiento en 500 Kirts Blvd, Troy, MI 48084, teléfono: 248-824-6400, correo electrónico: compliance@usmmlc.com. Puede presentar su queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro oficial superior de cumplimiento está disponible para ayudarlo. También

puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos cambiar esta notificación y los cambios aplicarían a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible a petición, en nuestra oficina o sitio web.

Otros

- En esta notificación le advertimos que si nos envía información por correo electrónico o por mensaje de texto o nos solicita que le proporcionemos información por estos medios o similares, son medios inseguros para transmitir información y que existe algún riesgo al utilizarlos. La información transmitida de estas formas es más probable de ser interceptada por terceros no autorizados que canales de transmisión más seguros. Si usted quiere comunicarse con nosotros por estos medios, está aceptando los riesgos que le hemos notificado y está de acuerdo en que no somos responsables de accesos no autorizados a dicha información médica mientras se encuentra en transmisión para usted debido a su solicitud o cuando la información sea enviada a usted.
- Existen otras leyes federales o estatales para la privacidad de la información de salud. Estas leyes ocasionalmente pueden requerir su permiso escrito específico antes de la divulgación de cierta información particular delicada mientras que las regulaciones HIPPA permitirían su divulgación sin su permiso. Cumplimos con todas las leyes aplicables más estrictas para la no divulgación y otros requerimientos.
- Esta notificación aplica para cualquier otra entidad/miembro de un acuerdo de atención a la salud organizado en el que pudiéramos participar, incluyendo, mas no limitado a, nuestras entidades afiliadas, incluyendo la Centene Corporation y EE. UU. Medical Management, LLC.



Notificación de prácticas de privacidad

VPA, P.C.
d/b/a Visiting Physicians Association
Fecha de inicio: 2/1/2020

Para: Oficial de privacidad
500 Kirts Blvd
Troy, MI 48084
TEL: (248) 824-6000
FAX: (855) 252-4449
C. E.: compliance@usmmlc.com

RECONOCIMIENTO

Yo, el firmante, reconozco haber recibido esta Notificación de prácticas de privacidad.

Su firma: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Si firma representando a un paciente
paciente, escriba su nombre: _____

Su relación
con el paciente: _____