

## Aviso de prácticas de confidencialidad

### SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe de qué manera puede ser utilizada o revelada su información médica y cómo puede acceder a esta información. Revíselo con detenimiento.

Este aviso de prácticas de confidencialidad (“aviso”) cubre una entidad cubierta asociada (“ACE”). Cuando este aviso hace referencia a AcariaHealth ACE, está haciendo referencia a AcariaHealth, Inc. (“AcariaHealth”) y a cada uno de los subsidiarios y afiliados: de AcariaHealth, Specialty Therapeutic Care, LP, AcariaHealth Pharmacy, Inc., AcariaHealth Pharmacy #11, Inc., AcariaHealth Pharmacy #12, Inc., AcariaHealth Pharmacy #13, Inc., AcariaHealth Pharmacy #14, Inc., y HomeScripts.com, LLC.

### SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- > Acceder a una copia de su registro médico electrónico o por escrito.
- > Corregir su registro médico electrónico o por escrito.
- > Solicitar comunicación de manera confidencial.
- > Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- > Obtener una lista de aquellos con quien hemos compartido su información.
- > Obtener una copia de este aviso de confidencialidad.
- > Designar a alguien que lo represente.
- > Presentar un reclamo si cree que sus derechos de confidencialidad han sido violados.

### SUS OPCIONES

Usted cuenta con opciones sobre la manera en que utilizamos y compartimos su información debido a los siguiente:

- > Le informamos a familiares y amigos sobre su condición.
- > Brindamos ayuda en casos de desastres naturales.
- > Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- > Brindamos atención en salud mental.
- > Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- > Recaudamos fondos.

### NUESTRA RESPONSABILIDAD

Podemos llegar a utilizar y compartir su información ya que:

- > Lo tratamos.
- > Dirigimos nuestra organización.
- > Facturamos por sus servicios.
- > Ofrecemos asistencia en cuestiones de salud pública y seguridad.
- > Investigamos.

SUS  
DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico

- > Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información médica acerca de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- > Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, usualmente dentro de los 30 días a partir de la fecha de su solicitud. Podremos cobrarle una tarifa razonable en base a los costos del procedimiento.

Solicitar la corrección de su registro médico

- > Puede solicitarnos corregir información médica acerca de usted que considera incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- > Podemos responder "no" a su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicación de manera confidencial

- > Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a el número de teléfono de su hogar u oficina) o que le enviemos un correo electrónico a una dirección distinta.
- > Responderemos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos la información que utilizamos o compartimos

- > Puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información médica para un tratamiento, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos responder "no" si la solicitud puede tener consecuencias en su salud.
- > Si usted paga por un servicio o elemento de atención médica totalmente de contado, puede solicitarnos no compartir esa información para pagos u operaciones de su aseguradora médica. Responderemos "sí" a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- > Puede solicitar una lista de las veces que compartimos su información de salud durante los seis años previos a la fecha en que pregunta, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos).

Obtener una copia de este aviso de confidencialidad

- > Puede solicitar una copia en papel de este aviso de confidencialidad en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Designar a alguien que lo represente

- > Si le ha concedido a alguien un poder legal para atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede hacer uso de sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.
- > Nos aseguraremos de que la persona tiene esa autoridad y puede actuar por usted antes de tomar cualquier medida. Puede presentar un reclamo en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles por medio del envío de una carta a la dirección 200 Independence Avenue, SW., Washington, DC. 20201, por teléfono 1-877-696-6775 o ingresando a la página web [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- > No tomaremos represalias contra usted por la presentación de una queja.

SUS  
OPCIONES

Para cierta información médica, nos puede informar sus decisiones acerca de qué compartir. Si tiene ciertas preferencias acerca de cómo podemos compartir su información en las situaciones mencionadas a continuación, comuníquese con nosotros. Seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y el poder de elegir informarnos lo siguiente:

- > Compartir información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- > Compartir información en desastres naturales  
*Si no puede informarnos acerca de sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, compartiremos su información si consideramos que actuamos en su beneficio.*

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos otorgue un permiso por escrito:

- > Fines de comercialización.
- > Venta de su información.
- > La mayoría de los casos de intercambio de notas de sesiones de psicoterapia.
- > Compartir información de salud delicada según lo exijan las leyes estatales.

En el caso de recaudación de fondos:

- > Podremos comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos, pero puede informarnos que no desea que lo contactemos nuevamente.

NUESTROS USOS Y  
DIVULGACIONES

¿Cómo utilizamos o compartimos usualmente su información médica? Usualmente, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Durante el  
tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.  
*Un farmacéutico de AcariaHealth Inc. puede analizar la información de su receta con su médico para garantizar el tratamiento adecuado.*

Dirección de  
nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir su información médica para dirigir nuestras prácticas, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.  
*Ejemplo: Utilizamos su información médica para gestionar sus tratamientos y servicios.*

Facturación por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud y otras entidades. *Ejemplo: Otorgamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que este pague por sus servicios.*

### ¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS UTILIZAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Se nos permite u obliga a compartir su información de otras formas, usualmente con el objetivo de contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos objetivos.

Para obtener más información, consulte el siguiente sitio:

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

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir cierta información acerca de usted con organizaciones para adquisición de órganos.

Asistir en cuestiones de salud pública y seguridad

Podemos compartir información médica acerca de usted en ciertas situaciones como las siguientes:

- Prevención de enfermedades.
- Asistencia en procesos de retiro de productos.
- Informes de reacciones adversas a medicamentos.
- Informes de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o seguridad.

Realizar investigaciones

- Podemos utilizar y compartir su información para propósitos de investigación médica.

Respetar las leyes

- Compartiremos información acerca de usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluidas las situaciones en las que el Departamento de Salud y Servicios Humanos desea asegurarse de que respetamos las leyes federales de confidencialidad.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir información médica acerca de usted como respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una solicitud.

Trabajar con un examinador médico o el director de una funeraria

- Podemos compartir información médica con un médico forense, un examinador médico o el director de una funeraria cuando muere una persona.

Examinar casos de indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes del Gobierno

Podemos utilizar y compartir su información médica:

- En casos de reclamos de indemnización laboral.
- Para propósitos de cumplimiento de la ley o si un funcionario de la justicia la solicita.
- Si una agencia de supervisión médica lo solicita para actividades legales.
- Para funciones especiales del gobierno como servicios militares, de seguridad nacional y de protección al Presidente

### NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- > Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad y la seguridad de su información médica protegida.
- > Le informaremos de inmediato si se produce una violación a la confidencialidad o seguridad de su información.
- > Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de confidencialidad descritas en este aviso.
- > Debemos proporcionarle una copia de este aviso.
- > No utilizaremos o compartiremos información diferente de la que se describe aquí a menos que nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si nos habilita a hacerlo, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de parecer.

Para obtener más información:

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

### MODIFICACIONES A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos modificar los términos de este aviso, que se aplicarán a toda la información que tenemos acerca de usted. El nuevo aviso estará disponible cuando se lo solicite, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

### PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O INFORMAR ACERCA DE UN PROBLEMA

Puede comunicarse con la Oficina de Confidencialidad en la siguiente dirección: [Privacy@AcariaHealth.com](mailto:Privacy@AcariaHealth.com), 888.218.7954, o por escrito a:

AcariaHealth, Inc.  
Attn: Privacy Office  
8427 South Park Circle  
Suite 400  
Orlando, FL 32819

## AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

### ACARIAHEALTH ACE

### AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD: ACUSE DE RECIBO

Si firma este formulario, usted reconoce que ha de recibido el acuse de recibo de AcariaHealth, Inc. Aviso de prácticas de confidencialidad de AcariaHealth, Inc. y sus subsidiarios y afiliados (en conjunto la "AcariaHealth ACE").

*Acuse de recibo del Aviso de prácticas de confidencialidad de la AcariaHealth ACE.*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_  
(Paciente / padre o representante legal)

---

### IMPOSIBILIDAD DE OBTENER ACUSE DE RECIBO

Para ser completado por AcariaHealth solo si no se obtiene una firma. Si no es posible obtener el acuse de recibo del individuo, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtener el acuse de recibo de la persona y los motivos por los que no se obtuvo el acuse:

Firma del representante de AcariaHealth: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Motivos por los que no se obtuvo el acuse:

\_\_\_\_\_ El paciente se negó a firmar

\_\_\_\_\_ Otros o comentarios: \_\_\_\_\_  
(ej.: Entrega en el hogar del paciente; el paciente no pudo firmar.)

---

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO USANDO EL SOBRE PROPORCIONADO. DEBE DEVOLVER EL FORMULARIO EN UNA FECHA POSTERIOR, PUEDE ENVIARLO POR CORREO:**

AcariaHealth, Inc.  
Privacy Office  
8427 South Park Circle  
Suite 400  
Orlando, FL 32819