

Aviso de prácticas de confidencialidad

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de prácticas de confidencialidad (“Aviso”) cubre a una Entidad Cubierta Afiliada (por sus siglas en inglés, “ACE”). Cuando este Aviso se refiere a AcariaHealth ACE, hace referencia a AcariaHealth, Inc. (“AcariaHealth”) y cada una de las siguientes subsidiarias y afiliadas de AcariaHealth: Specialty Therapeutic Care, LP, AcariaHealth Pharmacy, Inc., AcariaHealth Pharmacy #1, Inc., AcariaHealth Pharmacy #12, Inc., AcariaHealth Pharmacy #13, Inc., AcariaHealth Pharmacy #14, Inc., HomeScripts, LLC., y Exactus Pharmacy Solutions, Inc.

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 confidencial.
- > Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- > Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- > Obtener una copia de este aviso de confidencialidad.
- > Designar a alguien que lo represente.
- > Presentar una queja si cree que se ha violado sus derechos de confidencialidad.

SUS OPCIONES

Usted tiene algunas opciones sobre la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- > Le informamos a familiares y amigos sobre su afección.
- > 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

Podríamos utilizar y compartir su información en las siguientes situaciones:

- > Durante su tratamiento.
- > Al dirigir nuestra organización.
- > Al facturar por sus servicios.
- > Al asistir en cuestiones de salud pública y seguridad.
- > Al realizar investigaciones.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, 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 que tengamos sobre 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. Podríamos cobrarle una tarifa razonable con base en 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.
- > Podríamos rechazar su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito dentro de un plazo de 60 días.

Solicitar comunicación confidencial

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

Solicitar 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 podríamos rechazar su solicitud si esta podría tener consecuencias en su salud.
- > Si paga por un servicio o elemento de atención médica totalmente de su bolsillo, puede solicitarnos no compartir esa información para pagos u operaciones con su aseguradora médica. Aceptaremos su solicitud a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información

- > Puede solicitar una lista de las veces en las que hemos compartido su información médica en los seis años previos a la fecha en la que realiza la solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas respecto a tratamientos, operaciones de pagos y atención médica, y ciertas otras divulgaciones (tales como las que nos haya pedido hacer).

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 tenga esa autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que sus derechos han sido violados

- > Puede ponerse en contacto con nosotros y presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos.
- > Puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles por medio del envío de una carta a la dirección 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, puede llamar al 1.877.696.6775, o [puede visitar 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. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos lo siguiente:

- > Compartir información con su familia, sus amigos cercanos o terceros involucrados en su atención.
- > Compartir información en una situación de socorro ante desastres.
Si no puede informarnos acerca de sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, compartiremos su información si consideramos que actuamos en su beneficio. También compartiremos su información si se considera necesario para atenuar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

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

- > Fines de mercadeo.
- > Venta de su información.
- > La mayoría de los casos son intercambio de notas de sesiones de psicoterapia.
- > Intercambio de cierta información privilegiada de salud, según lo requieran las leyes estatales.

En el caso de recaudación de fondos:

- > Podríamos 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.
Por ejemplo: 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 nuestro consultorio, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
Por 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.
Por 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, generalmente 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.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- > Podemos compartir su información de salud con organizaciones para la 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 de una persona.

Realizar investigaciones

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

Cumplir con 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 suya distinta a 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, ingrese a <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.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 a pedido, 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 llamando a la línea gratuita 855.422.2742 ext. 8091291, o escribiendo al correo electrónico ACA_Privacy@AcariaHealth.com, o por escrito a:

AcariaHealth, Inc.

Attn: Oficina de Confidencialidad
8427 Southpark Circle, Suite 400
Orlando, FL 32819

Aviso de prácticas de confidencialidad

ACARIAHEALTH ACE

AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD: ACUSE DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted acepta haber recibido el Aviso de prácticas de confidencialidad de AcariaHealth, Inc. y sus afiliadas y subsidiarias (colectivamente, "AcariaHealth ACE").

Reconozco haber recibido el Aviso de prácticas de confidencialidad de 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 de la persona, describa los esfuerzos de buena fe que se hicieron para obtenerlo, y las razones por las cuales dicho acuse de recibo no se obtuvo:

Firma del representante de AcariaHealth: _____ Fecha: _____

Motivos por los que no se obtuvo el acuse de recibo:

_____ El paciente se negó a firmar

_____ Otro o comentarios: _____

(ej.: entrega en el hogar del paciente; el paciente no pudo firmar).

POR FAVOR, REGRESE ESTE FORMULARIO DENTRO DEL SOBRE QUE SE LE PROPORCIONÓ. SI DECIDE RETORNAR ESTE FORMULARIO EN UNA FECHA POSTERIOR, PUEDE ENVIARLO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

AcariaHealth, Inc.
Oficina de Confidencialidad
8427 Southpark Circle, Suite 400
Orlando, FL 32819