



**Tu información.  
Tus derechos.  
Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar tu información médica y cómo puedes obtener acceso a esta información.

**Por favor, revísalo detenidamente.**

---

## Tus derechos

### **Cuando se trata de tu información de salud, tú tienes ciertos derechos.**

Esta sección explica tus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarte.

**Obtener una copia electrónica o impresa de tus registros médicos**

- Puedes solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de tu registro médico y otra información de salud que tengamos sobre ti. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Te proporcionaremos una copia o un resumen de tu información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a tu solicitud. Es posible que te cobremos una tarifa razonable, según el costo.

**Pedir una corrección de tu expediente médico**

- Puedes pedirnos que corrijamos la información de salud sobre ti, que creas que está incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Podemos rehusarnos a tu solicitud, pero te informaremos el motivo por escrito dentro de 60 días.

---

**Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puedes solicitarnos que nos comuniquemos contigo de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de tu casa o de la oficina), o que enviemos los correos a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

---

**Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puedes solicitarnos que **no** usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar tu solicitud y podemos decir "no", si eso afectaría la calidad de la atención.
- Si pagas un servicio o artículo de atención médica de tu bolsillo en su totalidad, puedes solicitarnos que no compartamos esa información para fines de pago o nuestras operaciones con tu aseguradora de salud.
- Diremos "sí", a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

---

**Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puedes solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido tu información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicitas, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que nos haya pedido que hagamos). Te podemos proporcionar una contabilidad al año de forma gratuita, pero te cobraremos una tarifa razonable basada en el costo, si solicitas otra dentro de los 12 meses.

---

**Obtener una copia de este aviso de privacidad**

- Puedes solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si has aceptado recibir el aviso electrónicamente. Te proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

**Elegir a alguien actuar por ti**

- Si le has otorgado a alguien un poder médico, o si alguien es tu tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre tu información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Presentar una queja si sientes que tus derechos son violados**

- Puedes quejarte si crees que hemos violado tus derechos, al contactarnos mediante la información en la última página.
- Puedes presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696 6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
- No tomaremos represalias contra ti por presentar una queja.

## Tus decisiones

**Para cierta información de salud, puedes indicarnos tus opciones sobre lo que compartimos.** Si tienes una preferencia clara sobre cómo compartimos tu información en las situaciones que se describen a continuación, habla con nosotros. Dinos qué quieres que hagamos y seguiremos tus instrucciones.

**En estos casos, tienes el derecho y la opción de indicarnos que:**

- Compartamos información con tu familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en tu atención médica.
- Compartir información en una situación de socorro, en caso de desastre
- Incluyamos tu información en un directorio de hospitales

*Si no puedes decirnos tu preferencia, por ejemplo, si estás inconsciente, podemos seguir adelante y compartir tu información, si creemos que es lo mejor para ti. También podemos compartir tu información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

---

**En estos casos nunca compartimos tu información, a menos que nos des permiso por escrito:**

- Fines de mercadeo
- Venta de tu información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia.

---

**En el caso de recaudación de fondos:**

- Es posible que nos comuniquemos contigo para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puedes indicarnos que no nos comuniquemos contigo nuevamente.

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo usamos o compartimos normalmente tu información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos tu información de salud de las siguientes maneras.

---

<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar tu información de salud y compartirla con otros profesionales que te estén tratando.</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> un médico que te trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre tu estado de salud general.</i>
<b>Dirigir nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar y compartir tu información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar la atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> utilizamos tu información de salud para administrar tu tratamiento y servicios.</i>
<b>Facturar por tus servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar y compartir tu información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Le damos tu información a tu plan de seguro médico para que pague tus servicios.</i>

---

Continúa en la siguiente página

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿De qué otra manera podemos usar o compartir tu información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir tu información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir tu información para estos fines. Para más información, ver:

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

---

#### **Ayuda con problemas de salud y seguridad pública.**

- Podemos compartir tu información de salud para ciertas situaciones tales como:
- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiradas de productos
- Notificar reacciones adversas a los medicamentos.
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

---

#### **Llevar a cabo una investigación**

- Podemos usar o compartir tu información para investigaciones de salud.

---

#### **Cumplir con la ley**

- Compartiremos tu información si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

---

#### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.**

- Podemos compartir tu información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

---

**Trabajar con un médico forense o director de funeraria.**

- Podemos compartir la información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria, cuando una persona fallece.

**Atender reclamos de compensación, de los trabajadores, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos usar o compartir tu información de salud:
- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley, o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con órganos de control de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

---

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir tu información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de tu información médica protegida.
- Te informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de tu información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarte una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos tu información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos indiques por escrito que podemos hacerlo. Si nos das tu consentimiento, puedes cambiar de opinión en cualquier momento. Déjanos saber por escrito si cambias de opinión.

Para obtener más información, consulta: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios a los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre ti. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

*Randall K Tozer MD PC-DBA Tozer Lee Eye Center*

9811 N. 95th St. Suite 101, Scottsdale, AZ 85258  
1830 S. Alma School Rd, Suite 102, Mesa, AZ 85210

480-947-4493

---

*Actualizado en mayo de 2024*

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Por la presente, yo, \_\_\_\_\_, confirmo que he leído el "Aviso de prácticas de privacidad" de Tozer Lee Eye Center y entiendo que puedo solicitar una copia de las Prácticas de Privacidad. También entiendo que hay una copia electrónica disponible en el sitio web de la empresa.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha