

**Como podemos usar y divulgar su informacion medica:** Las siguientes categorias describen diferentes formas en que usamos y divulgamos su informacion medica. Para cada categoria de usos o divulgaciones, elaboraremos el significado y proporcionaremos ejemplos mas especificos, si lo solicita. No se numera todos los usos o divulgaciones de una categoria. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar informacion se incluye en una de las categorias. Debemos obtener su autorizacion antes del uso y la divulgacion de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de PHI para fines de comercializacion y divulgaciones que constituyan una venta de PHI. Las notificaciones y divulgaciones no descritas en este Aviso de practicas de privacidad se realizaran unicamente con la autorizacion individual.

**Para Pago:** Podemos usar y divulgar su informacion medica para que el tratamiento y los servicios que reciba en Smart Start Pediatrics (en lo sucesivo, "SPP") puedan facturarse y el pago se pueda cobrar a usted, a una compania de seguros o a un tercero. Por ejemplo: podemos divulgar su registro a una compania de seguros, para que podamos recibir el pago por tratarlo.

**Para Tratamiento:** Podemos utilizar su informacion medica para proporcionarle tratamiento o servicios medicos. Podemos divulgar su informacion medica a medicos, enfermeras, tecnicos, medicos estudiantes, o otra persona quienes participan en su cuidado en SPP o en el hospital. Por ejemplo, podemos divulgar informacion medica sobre usted a personas fuera de SPP que puedan estar involucradas en su atencion medica, como miembros de la familia o otras personas que forman parte de su cuidado.

**Para Proceso De Cuidado De La Salud:** Podemos utilizar y divulgar informacion medica sobre usted para operaciones de atencion medica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para que SPP garantice que todos nuestros pacientes reciban atencion de calidad. Tambien podemos divulgar informacion a medicos, enfermeras, tecnicos, estudiantes de medicina y otros miembros del personal de SPP para fines de revision y aprendizaje. Por ejemplo, podemos revisar su registro para mejorar nuestros esfuerzos para mejorar calidad.

**Quién Seguira Este aviso:** Este aviso describe las polizas y procedimientos de SPP y de cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar informacion en su historial medico, cualquier miembro de un grupo de voluntarios que permitamos ayudarlo, asi como todos los empleados, personal y otro personal de SPP.

**Poliza Con Respecto A La Protección De Informacion Personal:** Creamos un registro de la atencion y los servicios que recibe en SPP. Necesitamos este registro para brindarle atencion de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su cuidado generados por SPP, ya sea por el personal de SPP o por su doctor personal. La ley nos exige que: nos aseguremos de que la informacion medica que lo identifica se mantenga privada; deberes y practicas de privacidad con respecto a la informacion medica sobre usted, y para seguir los terminos de la notificacion que esta actualmente en vigencia. Otras formas en que podemos usar o divulgar su informacion de salud protegida incluyen: recordatorios de aprobacion, como lo exige la ley; beneficios y servicios relacionados a individuos involucrados en su cuidado o pago para su cuidado; investigacion para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad, y para alternativas de tratamiento. Otros usos y divulgaciones de su informacion personal podrían incluir la divulgación para: medicos forenses, examinadores medicos y directores de funerarias, actividades de supervisión de salud; demandas y disputas, militares y veteranos, actividades nacionales de seguridad o inteligencia, donación de órganos y tejidos, riesgos para la salud pública; y la compensación de trabajo.

## AVISO DE DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la informacion medica que mantenemos sobre usted:

**Derecho A Un Aviso De Copia En Papel:** Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

**Derecho a Inspeccionar Y Copiar:** Tiene derecho a inspeccionar y copiar la informacion medica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atencion. Puede obtener un formulario de solicitud en la recepcion. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas.

**Derecho a modificar:** Si considera que la informacion medica que tenemos sobre usted es incorrecta o esta incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la informacion. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la informacion sea conservada por SPP o para SPP. Para solicitar una enmendada, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al funcionario de privacidad y debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Puede obtener un formulario de solicitud en la recepcion. Podemos denegar su solicitud de una enmienda.

**Derecho a solicitar la eliminacion de las comunicaciones de recaudacion de fondos:** Usted tiene el derecho de no recibir comunicaciones de recaudacion de fondos de la practica. Derecho a restringir la divulgacion del plan de salud: Usted tiene derecho a divulgar la PHI a un plan de salud de la divulgacion para el pago de las operaciones de atencion medica y se relaciona con un articulo o servicio de atencion médica por el que pago de su bolsillo por completo.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos medicos de cierta manera o en un lugar determinado. Debe hacer su solicitud por escrito y debe especificar como o donde desea que lo contactemos. Puede obtener un formulario de solicitud en la recepcion.

**Derecho a un informe de divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su informacion médica. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito para que la contactemos. Puede obtener un formulario de solicitud en la recepcion.

**Cambios a este aviso:** Nos merecemos el derecho de cambiar este aviso. Una copia actual estara disponible en la recepcion.

**Quejas:** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante SPP o con la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante SPP, comuniquese con LaShea Dalton, (256) 891-0300 460 Alabama Highway 75 North, Albertville, AL 35951. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Un formulario de queja esta disponible bajo peticion. Usted no sera penalizado por presentar una queja.

**Otros usos de la informacion medica:** Otros usos y divulgaciones de informacion medica no cubiertos por este aviso o leyes que se aplican al uso se realizarán solo con su autorización por escrito. Si usted nos autoriza a usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.

Firma del Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_

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