

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. **Por favor revise cuidadosamente.**

**SUS DERECHOS:** Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

<b>Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico</b>	Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica y otra información médica que tenemos sobre usted. Nos preguntan cómo hacer esto. Vamos a proporcionar una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo.
<b>Consúltenos para corregir su expediente médico</b>	Usted puede pedirnos que corregir la información sobre su salud que usted cree que es incorrecta o incompleta. Nos preguntan cómo hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero vamos a decirle por qué por escrito dentro de 60 días.
<b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b>	Usted puede pedirnos que ponerse en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono, casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.
<b>Consúltenos para limitar lo que usamos o compartir</b>	Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, o nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su petición, y se puede decir "no" si afectaría a su cuidado. Si usted paga por un artículo del servicio o atención de la salud-de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos no compartir esa información con el propósito de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.
<b>Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido información</b>	Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud por seis años antes de la fecha en que solicite, que compartimos con, y por qué. Vamos a incluir todas las revelaciones excepto aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud, y ciertas otras revelaciones (como cualquiera que nos pida que haga). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable, basada en el costo si usted pide otro plazo de 12 meses.
<b>Obtenga una copia de este aviso de privacidad</b>	Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Nosotros le proporcionaremos con una copia en papel con prontitud.
<b>Elija a alguien para que actúe en</b>	Si usted ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona que tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.
<b>Presentar una queja si considera que sus derechos son violados</b>	Usted puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos contactando con nosotros utilizando la información al final de este aviso. También puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos de la Oficina de Salud y de los Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a> . No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**SUS ELECCIONES:** Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la elección para decirnos que:**

Comparte información con su familia, amigos cercanos, o otras personas involucradas en su cuidado; Comparte información en una situación de socorro; *Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

**En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos da permiso por escrito:**

Fines de marketing; Sale de su información; La mayor intercambio de notas de psicoterapia

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

Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero usted puede decirnos no ponerse en contacto con usted de nuevo.

**NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES:** Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud en las siguientes maneras:

<b>Tratarlo</b>	Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.	<i>Ejemplo: Un médico que lo atiende por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.</i>
<b>Ejecute nuestra organización</b>	Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención, y ponerse en contacto con usted cuando sea necesario.	<i>Ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.</i>
<b>Factura por sus servicios</b>	Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades.	<i>Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud por lo que va a pagar por sus servicios.</i>

FoundCare es parte de un arreglo organizado de cuidado médico incluyendo participantes en la Red Elección de la Salud ("HCN"). Una lista actualizada de los participantes HCN está disponible en <http://www.hcnetwork.org/members.htm>. Como un socio de negocios de FoundCare, HCN suministra tecnología de la información y los servicios relacionados para FoundCare y otros participantes de HCN. HCN también participa en las actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, HCN coordina las actividades de revisión clínica, en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse de la utilización de los sistemas de historiales médicos electrónicos. HCN también ayuda a los participantes trabajan en colaboración para mejorar la gestión de referencias internas y externas de los pacientes. Su información médica puede ser compartida por FoundCare con otros participantes cuando sea necesario para los propósitos de operaciones de atención de salud de la disposición de la atención de salud organizada HCN.

Se nos permite o exige que divulguemos su información de otras maneras - por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<b>Ayuda con la salud pública y cuestiones de seguridad</b>	Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como: la enfermedad de Prevención; Ayudar con el retiro de productos; Declaración de reacciones adversas a los medicamentos; Reporte cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica; Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
<b>Haz una investigación</b>	Podemos usar o compartir su información para la investigación en salud.
<b>Cumplir con la ley</b>	Vamos a compartir información sobre usted cuando las leyes estatales o federales requieren que, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si se quiere ver de que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad. (Véase más abajo para obtener una lista de las leyes y reglamentos específicos de la Florida.)
<b>Responder a los órganos y tejidos solicitudes de donaciones</b>	Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
<b>Trabajar con un médico forense o director de una funeraria</b>	Podemos compartir información de salud con un médico forense, o director de la funeraria cuando una persona muere.
<b>Dirección de los trabajadores una indemnización, la policía, y otras peticiones del gobierno</b>	Podemos usar o compartir información sobre su salud: Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores; A los efectos de aplicación de la ley o con un oficial de la ley; Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley; Para funciones especiales del gobierno tales como militares, de seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales
<b>Responder a las demandas y acciones legales</b>	Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.
<b>Leyes y reglamentos de la Florida-específica:</b>	
<b>Las heridas por arma de fuego y lesiones potencialmente mortales</b>	Tenemos la obligación de informar inmediatamente a la policía local de cualquier arma de fuego o haría mortal lesión que indica un acto de violencia (Fla. Stat. 790.24).
<b>Sospecha de Abuso Infantil</b>	Estamos obligados a reportar conocido o sospecha de abuso, abandono o negligencia al Departamento de Niños y Familias (DCF) Línea de Abuso Central. (Fla. Stat. 39.201(1)).
<b>Sospecha de Abuso de Adultos Vulnerables</b>	Estamos obligados a reportar el abuso conocido o sospechado, negligencia, o explotación de adultos vulnerables a la línea directa de abuso DCF central (Fla. Stat. 415.1034(2)).
<b>Agresión Sexual</b>	Tenemos la obligación de denunciar los delitos observados de agresión sexual (Fla. Stat. 794.027).
<b>Muertos</b>	Estamos obligados a informar al examinador médico apropiado si tenemos motivos razonables para sospechar que un niño murió como resultado de abuso de menores, abandono o negligencia (Fla. Stat 39.201 (3)). También tenemos el deber de informar al examinador médico de distrito de la muerte de cualquier persona que ocurre en las siguientes circunstancias (Fla Stat 406.12..): Como resultado de la violencia criminal; por accidente; por suicidio; de repente, cuando en aparente buen estado de salud; desatendida por un médico practicante u otro profesional reconocido; en cualquier prisión o institución penal; bajo custodia policial; en cualquier circunstancia sospechosa o inusual; por aborto criminal; por el veneno; por una enfermedad que constituye una amenaza para la salud pública; o por enfermedad, lesión de un agente tóxico que resulta de empleo.

<b>Vigilancia en Salud Pública</b>	Estamos obligados a reportar las siguientes enfermedades y lesiones en el Departamento de Salud de Florida: enfermedades sexualmente transmisibles (Fla Stat 384.25); Tuberculosis (Fla Stat 392.53); Cáncer (Fla Stat 385.202); Incidentes adversos relacionados con el tratamiento médico (Fla. Stat 459.026).
<b>Revelaciones a Aplicación de la Ley</b>	Estamos obligados a proporcionar a sus registros médicos en virtud de una citación válida (Fla. Stat. 456.057(7)(a)(3)).
<b>Los conductores de movilidad</b>	Podemos reportar trastornos mentales o físicos que podrían afectar la capacidad de conducir al Departamento de Seguridad de Carreteras y Vehículos Motorizados (Fla. Stat. 322.126 (2)).
<b>DUI y Accidentes de Vehículos de Motor</b>	Podemos dar su nombre y nivel de alcohol en sangre a la policía si usted se lesiona en un accidente de vehículo de motor y su nivel de alcohol en sangre cumple o excede los 0,08 gramos de alcohol por cada 100 ml. de la sangre (FLA.. Stat 316.1933 (2) (a)).

## **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.

Nosotros le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma.

No utilizaremos ni compartiremos su información distinta a la descrita aquí a menos que nosotros podamos saber por escrito. Si usted nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

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

**Los cambios en los términos de este aviso:** Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido en nuestra oficina y en nuestra página web.

## **INFORMACIÓN DEL CONTACTO**

Si tiene preguntas sobre este aviso o nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud, o para presentar una queja, por favor póngase en contacto con:

FoundCare, Inc.  
Attention: Compliance Officer  
2330 S. Congress Avenue West Palm Beach, FL 33406  
Telephone: 561-432-7903  
Email: [compliance@foundcare.org](mailto:compliance@foundcare.org)