

## HIPAA Aviso de Practicas de Privacidad

### ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

#### Por Favor Revisalo Cuidadosamente

P3 Medical Group ("P3") y sus empleados están dedicados a mantener la privacidad de su Información de salud protegida ("ISP"), que es información que lo identifica y se relaciona con su condición de salud física o mental. Las leyes federales y estatales aplicables requieren que le proporcionemos este Aviso de Prácticas de Privacidad, y que le informemos sobre sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a la ISP. Estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen a continuación mientras este aviso esté vigente.

#### A. Divulgaciones permitidas de ISP – Podemos divulgar su ISP por los siguientes motivos:

1. **Tratamiento** Podemos divulgar su ISP a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos o personal involucrado en la administración de su atención.
2. **Pago** Podemos divulgar su ISP para facturar y cobrar el pago por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podemos enviarle una factura a usted o a un tercero pagador por la prestación de nuestros servicios. La factura puede contener información que lo identifique a usted, a su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. Es posible que debamos divulgar esta información a las compañías de seguros para establecer los beneficios de elegibilidad del seguro para usted. También podemos proporcionar su ISP a nuestros socios comerciales, tales como compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamaciones y otros que procesan nuestras reclamaciones de atención médica.
3. **Operaciones** Podemos divulgar su PHI en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación de la calidad, revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, evaluación del desempeño del proveedor, capacitación de profesionales de atención médica y otras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar el desempeño de los servicios de atención médica que recibió. También podemos proporcionar su ISP a contadores, abogados, consultores y otros para asegurarnos de que cumplimos con las leyes que nos rigen.
4. **Tratamiento de Emergencia** Podemos divulgar su ISP si necesita tratamiento de emergencia o no puede comunicarse con nosotros.
5. **Familia y Amistades** Podemos divulgar su ISP a un miembro de la familia, amigo o cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención o en el pago de la misma, a menos que se oponga.
6. **Requerido por la ley** Podemos divulgar su ISP con fines de cumplimiento de la ley y según lo exija la ley estatal o federal. Por ejemplo, la ley puede exigirnos que reportemos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica; reportar ciertas lesiones como heridas de bala; o para divulgar ISP para ayudar a las autoridades policiales a localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida. Le informaremos a usted o a su representante si divulgamos su ISP porque creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, a menos que determinemos que informarle a usted o a su representante lo pondría en riesgo. Además, debemos proporcionar ISP para cumplir con una orden en un procedimiento legal o administrativo. Finalmente, es posible que se nos solicite proporcionar ISP en respuesta a una solicitud de descubrimiento de una citación u otro proceso legal, pero solo si hemos hecho todo lo posible por nosotros o por la parte solicitante para comunicarnos con usted acerca de la solicitud o para obtener una orden para proteger el ISP solicitado.

7. **Amenaza a la Seguridad y Salud** Podemos divulgar su ISP si creemos que es necesario para evitar una amenaza grave para la salud y la seguridad de usted o del público.
8. **Salud pública** Podemos divulgar su información privada de salud, (conocidas por sus siglas ISP), a salud pública u otras autoridades encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, incapacidades, o encargados de recopilar datos de salud pública.
9. **Supervisión de Actividades de Salud** Podemos divulgar su ISP a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen auditorías, investigaciones civiles, administrativas o penales o procedimientos, inspecciones; licenciatura, acciones disciplinarias; u otras actividades necesarias para la supervisión del sistema de salud, programas del gobierno y cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
10. **Investigación** Podemos divulgar su ISP para ciertos propósitos de investigación, pero sólo si tenemos protecciones y protocolos para garantizar la privacidad de su ISP.
11. **Compensación de trabajadores** Podemos divulgar su ISP para cumplir con las ley del trabajo o otros programas similares.
12. **Actividades especializadas de gobierno** Si presta servicio militar o es veterano, podemos divulgar su ISP requerido por el mando de oficiales militares. Además, podemos ser requeridos a divulgar su ISP a funcionarios federales autorizados para la realización de inteligencia u otras actividades de seguridad nacional.
13. **Donación de órganos** Si usted es un donante de órganos o no ha indicado que desea ser donante, podemos divulgar su ISP a organizaciones dedicadas a la procuración de órganos para facilitar la donación y transplante de órganos, el ojo o el tejido.
14. **Patólogos forenses, médicos forenses, directores de funerarias** Podemos divulgar su ISP a patólogos forenses o médicos forenses para los fines de identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte; a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
15. **Mitigación de Desastres** A menos que usted se oponga, podemos divulgar su ISP a una agencia gubernamental (como FEMA) o entidad sin fin de lucro (como la Cruz Roja) asistiendo con esfuerzos de ayuda.
16. **Contacto directo con usted** Podemos utilizar su ISP para comunicarnos con usted tocante citas pendientes, o para informarle sobre alternativas de tratamiento y otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted.

#### B. **Informes que Requieren Autorización**

1. **Se Prohíbe** En cualquier otra situación, no descrita en la sección A, no podemos divulgar su ISP sin su autorización escrita.
2. **Notas de Psicoterapia** Se requiere su autorización por escrito para divulgar notas de psicoterapia, con excepción de ciertos tratamientos, pagos, u operaciones para el cuidado de la salud.
3. **Comercialización y venta de su ISP** Se requiere su autorización para divulgar su ISP con el propósito de vender esta información para comercialización.

#### C. **Tus Derechos**

1. **Derecho a Recibir una Copia en Papel de este Aviso** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso cuando lo solicite.
2. **Derecho de acceso a su ISP** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su ISP durante el tiempo que mantengamos su registro médico. Debe remitir una solicitud por escrito al Oficial de Cumplimiento a la dirección indicada al final de este aviso. Podemos cobrarle una tarifa razonable por procesar su solicitud y por

las copias de su registro médico conforme a ley estatal. En ciertas circunstancias, podemos negar su solicitud de acceso. Usted puede solicitar, por escrito, que se vuelva a reconsiderar su petición. Según el motivo de la denegación, otro profesional de atención médica con licencia elegido por nosotros, puede revisar su solicitud y la denegación.

3. **Derecho a restringir información** Usted tiene derecho a restringir el uso o divulgación de su ISP con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, excepto en el caso de una emergencia. También tiene derecho a solicitar una restricción sobre la información que divulgamos a miembros de su familia o amigos que estén involucrados en su cuidado o con el pago de su cuidado. Sin embargo, no estamos legalmente obligados a aceptar dicha restricción.
  4. **Derecho a restringir la divulgación de servicios pagados por usted** Usted tiene derecho a restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud si su ISP se pertenece a servicios de atención médica, por los cuales pagó el monto total directamente a nosotros.
  5. **Derecho a solicitar una enmienda** Usted tiene derecho de solicitar que se enmiende su ISP si considera que la información es incorrecta o incompleta, mientras mantengamos su expediente médico. Podemos rechazar su solicitud para enmendar por las siguientes razones: (a) no formulamos su ISP, (b) no es información que mantenemos, (c) no es información que se le permite inspeccionar o copiar (como notas de psicoterapia), o (d) determinamos que la ISP es precisa y completa.
  6. **Derecho a un conteo de las revelaciones de información** Usted tiene derecho de solicitar un conteo de las revelaciones de su ISP hechas por nosotros (a excepción de las realizadas para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, su propósito) durante los 6 años anteriores a la fecha de su solicitud. Debe hacer una solicitud por escrito para un conteo, especificando el período de tiempo del conteo, al Oficial de Cumplimiento a la dirección indicada al final de este aviso.
  7. **Derecho a la comunicación confidencial** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su ISP, por ciertos medios o en ciertas ubicaciones. Por ejemplo, puede especificar que lo llamemos solamente al número de teléfono de su casa y no al número de su trabajo. Debe hacer una solicitud por escrito, especificando cómo y dónde podemos comunicarnos con usted, al Oficial de Cumplimiento en la dirección indicada al final de este aviso.
  8. **Derecho a recibir notificación de violación** Usted tiene el derecho de ser notificado si nosotros o uno de nuestros socios comerciales se da cuenta de una violación a su ISP no asegurado.
- D. **Cambios a este aviso** – Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento de acuerdo con la ley aplicable. Antes de realizar un cambio sustancial a este aviso relacionado con los usos o divulgaciones de su ISP, sus derechos o nuestros deberes, revisaremos y distribuiremos este aviso.
- E. **Notificación de Acuse de Recibo** – Le pediremos que firme un acuse de recibo que ha recibido esta notificación.
- F. **Preguntas y Quejas** – Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, por favor comuníquese con nosotros. Si tiene inquietudes de que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado con respecto al uso, divulgación o acceso a su ISP, puede presentar una queja ante nosotros y ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos y Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nuestra oficina. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros o con la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos y Derechos Civiles. Dirija cualquiera de sus preguntas o quejas al Oficial de Cumplimiento de P3HP:

Roy Youngblood  
Compliance Officer  
P3 Health Partners, Inc.  
2370 Corporate Circle, Suite 300  
Henderson, NV 89074  
702-508-6637

Las quejas al Departamento de Salud y Servicios Humanos y Derechos Civiles, se pueden hacer electrónicamente o a través del Portal de quejas del Departamento de Salud y Servicios Humanos y Derechos Civiles. Puede usar el formulario de quejas (OCR Complaint Form) sea por correo, fax, correo electrónico o por teléfono, utilizando la siguiente información de contacto:

U.S. Department of Health and Human Services Office  
for Civil Rights  
Centralized Case Management Operations 200  
Independence Avenue, S.W. Room 515F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

**Portal:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>  
**Complaint Form:**  
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/hip-complaint-form-0945-0002exp-04302019.pdf>  
**Email:** [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)  
**Voice Phone** (800) 368-1019  
**FAX** (202) 619-3818  
**TDD** (800) 537-7697

Este aviso es efectivo el 01 de Septiembre de 2020.