

# HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA CENTRO DE NORTE BRUNSWICK  
1520 HWY 130, SUITE 102  
NORTE DE BRUNSWICK, NJ 08902**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE LO CUIDADOSAMENTE.**

Este aviso de privacidad Prácticas describe cómo nosotros podemos utilizar y revelar su protegida de la salud información (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o la asistencia médica (TPO) y para otros fines que son permitidos o requeridos por la ley. Ella también describen sus derechos de acceso y controlar su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es información acerca de usted, incluyendo demográfica información, que puede identificarlo y que se refiere a su pasado, presente o futura salud física o mental o condición y relacionados con servicios de atención de la salud.

## **1. Usos y divulgaciones de la información de salud protegida**

### **Usos y divulgaciones de Información de salud protegida**

Su salud protegida información puede ser utilizada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra Oficina que intervienen en su cuidado y tratamiento para el propósito de brindar servicios de atención de la salud a usted, para pagar su atención médica proyectos de ley, para soportar la operación de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:** Vamos a utilizar y revelar su salud protegida de información para proporcionar, coordinar o administrar la atención de su salud y cualquier relacionados con servicios. Esto incluye la coordinación o la gestión de la atención de su salud con una tercera parte. Por ejemplo, revelamos su salud protegida información, según sea necesario, a una Agencia de cuidado de la salud en el hogar que brinda atención a usted. Para ejemplo, se puede proporcionar su información de salud protegida a un médico quien ha mencionado para asegurarse de que el médico tiene la necesaria información para diagnosticar o tratar le.

**Payment:** Su información de salud protegida será utilizado, como es necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención a la salud. Por ejemplo, obtener aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su pertinentes protección salud información ser revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el hospital admisión.

**Operaciones de cuidado de la salud:** Nos podemos utilizar o revelar, como necesaria, su protegido. información de salud con el fin de apoyar las actividades de negocio de su práctica del médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, calidad actividades de evaluación, las actividades de revisión de empleado, formación de médicos estudiantes, licencias y llevar a cabo o disponer para otras actividades de negocios. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida para médicos estudiantes de escuela que ver a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos utilizar un signo-in hoja en el mostrador de registro donde se le pedirá a firmar su nombre y Indique a su médico. Nosotros también le podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está dispuesto a verle. Nosotros podemos utilizar o revelar su protegido información sobre la salud, según sea necesario, para ponerse en contacto con usted para recordar su nombramiento.

Nosotros podemos utilizar o revelar su información de salud en las situaciones siguientes sin protegida su autorización. Estas situaciones incluyen: como requerido por la ley, salud pública cuestiones como exige la ley, enfermedades transmisibles: supervisión de salud: abuso o Abandono: Food and Drug Administration requisitos: procedimientos jurídicos: ley Aplicación: Forense, directores de funeral y donación de órganos: investigación: Actividad criminal: Actividad militar y seguridad nacional: los trabajadores Compensación: Presidarios: usos y

divulgaciones: en virtud de la ley, debemos que revelen a usted y cuando lo requiera el Secretario del departamento de Salud y servicios humanos para investigar o determinar nuestra conformidad con el requisitos de la sección 164.500.

**, Otro permitidos y Será necesario usos y divulgaciones ,** , Hizo sólo con su consentimiento, la autorización o la oportunidad al objeto a menos que requerido por la ley.

**Usted podrá revocar este autorización,** , en cualquier momento, en escribir, excepto en la medida en que su médico o práctica de médico en la ha tomado una acción en la confianza en el uso o la divulgación indicado en el autorización.

### **Sus derechos:**

Siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

**, , Tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. ,** , En virtud de la ley federal, sin embargo, usted puede no inspeccionar o copiar los registros siguientes: notas de psicoterapia; información recopilada en anticipación razonable de, o el uso en, un civil, penal, o administrativas acción o procedimiento y información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

**, , Tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida.** Esto significa que usted puede pedirnos no a utilizar o revelar cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos del tratamiento, operaciones del pago o la asistencia sanitaria. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no revelarse a familiares o amigos que pueden participar en su atención o con fines de notificación como se describe en este Aviso sobre prácticas de confidencialidad. Su solicitud deberá indicar la restricción específica solicitada y a quién desea la restricción para aplicar.

Su médico no es obligados a aceptar una restricción que puede solicitar. Si el médico cree está en su mejor interés para permitir el uso y la divulgación de su protegido información sobre la salud, su información de salud protegida no estará restringido. A continuación, tiene el derecho a utilizar otro profesional de la salud.

**, , Tiene el derecho a solicitud para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este Observe de nosotros, , ,** , previa petición, incluso si está de acuerdo en aceptar este aviso como alternativa, es decir electrónicamente.

**, Puede que tenga el derecho para que su médico modificar su información de salud protegida. ,** , Si rechazamos su solicitud de enmienda, tienes la derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nos podemos preparar una refutación su declaración y le proporcionará una copia de cualquier tal refutación.

**Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si las hubiere, de su información de salud protegida.**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informará por correo de cualquier cambio. Usted a continuación, tienen derecho a objeto o retirar lo dispuesto en este aviso.

### **Quejas**

Puede presentar su queja a nosotros o a el Secretario de salud y servicios humanos si cree que sus derechos a la privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros mediante notificación a nuestro contacto de privacidad de su queja. 732-422-9900.

**Nosotros no tomará represalias contra usted para la presentación de una queja.**