

## II. Cómo podemos usar o revelar su información de salud protegida .

El centro le pedira que firme una forma de consentimiento que permite al centro a usar o revelar su informacion protegida de salud para tratamiento, pagos y operaciones relacionadas con su salud. Usted también se le pedirá que acuse de recibo de esta notificación.

Las siguientes categorías describen algunas de las diferentes maneras que nosotros podríamos usar y revelar su información protegida de salud. Incluso si no se especifica mas abajo, el centro podría usar y revelar su información protegida de salud como lo requiera o lo permita la ley or usted lo autorize. Nosotros haremos esfuerzos razonables para limitar el acceso de su información protegida de salud a la cantidad mínima necesaria para cumplir el proposito del uso o revelacion y de extender dicho uso o revelacion como la ley limite.

- **Para tratamiento**--- Nosotros podríamos usar y revelar su información protegida de salud para poverle con el tratamiento medico y servicios relacionados necesarios. Su información protegida de salud podria ser usad para referirlo a otros proveedores o para enviar sus archivos a otro profesional de la salud. Si nosotros estamos permitidos a hacer esto, nosotros podríamos revelar su information de salud protegida a individuos o entidades que van a estar involucradas con su cuidado luego que usted se vaya del centro o por otras razones de tratamiento. Nosotros podríamos usar o revelar su información protegida de salud en caso de situacion de emergencia.
- **Para Pagos**-- Nosotros podríamos usar y revelar su información protegida de salud para poder facturar y recibir pagos por el tratamiento y servicios relacionados con su servicio. Por motivos de facturación y pagos, nosotros prodriamos revelar su información de salud a la Fuente de pago, incluyendo un seguro o compañía de atención administrada, Medicare, Medicaid o un tercer cobrador. Por ejemplo, nosotros podríamos necesitar darle a su plan medico informacion acerca del tratamiento que usted recibo para que su plan de salud nos page or devuelva dinero por el tratamiento, o podríamos contactar su plan de salud para confirmar coverture or solicitar una previa autorizacion para un tratamiento propuesto.
- **Para operaciones de atención médica**—Nosotros podríamos usar y revelar su información de salud como sea necesaria para operaciones del centro, tales como control de calidad y actividades de mejora , revisión de la competencia y la cualificación de los profesionales de la salud, revisión médica , servicios legales y funciones de auditoría , y actividades administrativas generales del Centro . Por ejemplo , podemos utilizar su información médica para trabajar en mejorar la calidad de los servicios que ofrecemos.
- **Asociados comerciales** - Puede haber algunos servicios prestados por nuestros socios de negocios, tales como servicio de facturación , empresa de transcripción o consultores legales o contables . Podemos revelar su información de salud protegida a nuestro socio de modo que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan . Para proteger su información médica, requerimos que nuestros socios de negocios participen en un contrato escrito que les obliga a salvaguardar apropiadamente su información.
- **Recordatorios de citas** -- Podemos usar y revelar información médica protegida en ponerse en contacto con usted para recordarle que tiene una cita en el Centro.
- **Alternativas de tratamiento y otros beneficios y servicios relacionados con la salud** --Podemos usar y revelar información de salud protegida para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento y para informarle sobre beneficios relacionados con la salud , servicios o clases de educación médica que pueden ser de su interés.
- **Los individuos involucrados en su cuidado o pago de su cuidado** -- A menos que usted se oponga , podemos revelar su información de salud protegida a un miembro de la familia , un pariente , un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique , si la información se refiere a la participación de la persona en su atención médica para notificar a la persona de su ubicación o condición general o pago relacionado con su atención médica. Además , podemos revelar su información de salud protegida a una entidad

pública o privada autorizada por la ley para ayudar en caso de un desastre . Si no puede estar de acuerdo o oponerse a tal revelación , podemos revelar dicha información si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional o si tenemos razones para inferir que usted no se opondría.

- **Actividades de Salud Pública** --- Podemos revelar su información de salud protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recoger o recibir dicha información , como por ejemplo con el propósito de prevenir o controlar enfermedades , lesiones o discapacidades ; reportar nacimientos , muertes u otras estadísticas vitales ; casos de abuso o descuido de los niños ; notificar a las personas de revocaciones de productos que puedan estar usando ; notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición .
- **Actividades de Vigilancia de la Salud** --- Podemos revelar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley , tales como auditorías, investigaciones, inspecciones , acreditación ,licenciaturas y medidas disciplinarias .
- **Procedimientos judiciales y administrativos** --Si usted está involucrado en una demanda o una disputa , podemos revelar su información de salud protegida en respuesta a su autorización o una orden judicial o administrativa . También podemos revelar su información de salud protegida en respuesta a una citación, petición de descubrimiento, u otro proceso legal , si tal divulgación está permitida por la ley.
- **Aplicación de la Ley** - Podemos revelar su información protegida de salud para ciertos propósitos de aplicación de la ley si está permitido o requerido por la ley. Por ejemplo, para reportar heridas de bala, para reportar emergencias o muertes sospechosas ; para cumplir con una orden judicial, orden o proceso legal similar ; o para responder a determinadas solicitudes de información relativa a los crimenes .
- **Médicos forenses , directores de funerarias, organizaciones de donación de órganos** - Podemos revelar su información de salud protegida a un médico forense , director de la funeraria , o , si usted es un donante de órganos, a una organización involucrada en la donación de órganos y tejidos .
- **Para evitar una amenaza sería a la salud o la seguridad** - Podemos usar y divulgar su información de salud protegida cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad del público u otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza .
- **Seguridad military y nacional**--- Si lo requiere la ley, y si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos usar y divulgar su información médica protegida según lo requieran las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de Veteranos . Si es requerido por la ley , es posible que la divulgación de su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para la realización de la inteligencia legal , contrainteligencia , y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. Si lo requiere la let podemos revelar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente , otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales .
- **Compensación Laboral**--- Podemos usar o divulgar su información médica protegida según lo permitido por las leyes relativas a la compensación de trabajadores o programas relacionados .
- **Reglas especiales sobre la divulgación del Behavioral Health, abuso de sustancias y el VIH-Información Relacionada** - Para revelaciones relativas a la información protegida de la salud en relación con el cuidado de las enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias o de pruebas y tratamiento relacionados con el VIH, se aplican restricciones especiales. Por ejemplo, por lo general, no puede revelar esta información especialmente protegida en respuesta a una citación, orden u otro proceso legal, a menos que usted firme una autorización especial o un tribunal ordene la divulgación.
  - **Información sobre salud mental.** Cierta información de salud mental puede ser revelada para tratamiento, pago y atención

- **médica según lo permita o requiera la ley.** De lo contrario, sólo daremos a conocer dicha información de conformidad con una autorización, una orden judicial o según lo requerido por la ley. Por ejemplo, todas las comunicaciones entre usted y un psicólogo, psiquiatra, trabajador social y ciertos terapeutas y consejeros serán privilegiada y confidencial, de conformidad con la ley estatal y federal.
- **Información sobre el tratamiento del abuso de sustancias.** Si está siendo tratado en un programa especializado de abuso de sustancias, la confidencialidad de los registros de pacientes de alcoholismo y drogadicción está protegido por la ley y los reglamentos federales. En general, nosotros no le decimos a una persona fuera del programa que usted asistio al programa ni divulgar información que lo identifica como un individuo que está siendo tratado por abuso de drogas o alcohol, a menos que:
  1. Usted de su consentimiento por escrito;
  2. La divulgación es permitida por una orden judicial; o
  3. La revelación se hace a un personal médico en una emergencia médica o a un personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas. La violación de estas leyes y reglamentos federales por nosotros es un delito. Las violaciones sospechosas pueden ser reportados a las autoridades adecuadas de acuerdo con las regulaciones federales. leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre un crimen cometido por un paciente, ya sea en el programa de abuso de sustancias o contra cualquier persona que trabaja para el programa o sobre la amenaza de cometer tal delito. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre posible abuso o negligencia infantil de ser denunciados bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales.
- **Informacion relacionada con el VIH información.** Podemos revelar información relacionada con el VIH según lo permita o requiera la legislación estatal . Por ejemplo , la información relacionada con el VIH , en su caso , podrá ser revelada sin su autorización para propósitos de tratamiento , ciertas actividades de supervisión sanitaria, en virtud de una orden judicial , o en el caso de ciertas exposiciones al VIH por parte del personal del Centro , otra persona , o una persona que se sepa ( si se cumplen ciertas condiciones ) .
- **Menores.** Nosotros vamos a cumplir con la ley del Estado al utilizar o divulgar la información protegida de la salud de los menores . Por ejemplo , si usted es un menor no emancipado consentir a un servicio de atención de la salud relacionados con el VIH / SIDA , enfermedades venéreas , el aborto , el tratamiento ambulatorio de salud mental o de alcohol / dependencia de drogas , y no se ha solicitado que otra persona sea tratada como un representante personal , es posible que tenga la autoridad para dar su consentimiento para el uso y divulgación de su información médica .
- **Las actividades de recaudación de fondos** - Podemos usar cierta información de salud protegida , tal como su nombre, dirección y número de teléfono y otra información de contacto , edad , sexo, fecha de nacimiento , las fechas en que recibió tratamiento o servicios , el departamento de servicio, el tratamiento médico , los resultados la información y el estado de seguro de salud en contacto con usted en un esfuerzo para recaudar fondos para el Centro . También podemos revelar su información de contacto a efectos de recaudación de fondos a una fundación relacionada con el Centro. Si no desea ser contactado para este fin, usted tiene el derecho de optar por no recibir tales comunicaciones deberán dirigirse al Centro en la información de contacto más abajo . Incluso si se excluye, podemos ofrecerle un método volver a tomar parte en recibir este tipo de comunicaciones .
- **Otros usos de la informacion medica**-- Usted puede elegir para describir usos o revelaciones más limitados , siempre que no se incluya una limitación que afecta el derecho de hacer un uso o divulgación que se exige por ley o una limitación en violación de la ley .

## III- Cuando no podemos usar o revelar su información de salud protegida

Excepto como se describe en este aviso , o según lo permitido por la ley federal o estatal , no vamos a usar o divulgar su información de salud protegida sin su autorización por escrito.

Su autorización por escrito especificará usos o revelaciones en particular que elija para permitir. Bajo ciertas circunstancias limitadas, el Centro puede condicionar el tratamiento de la provisión de una autorización , como por ejemplo para la investigación relacionada con el tratamiento . Si usted nos autoriza a usar o divulgar su información de salud protegida por razones distintas de las operaciones de tratamiento , pago o atención médica , usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento poniéndose en contacto con el Oficial de Privacidad del Centro. Si revoca su autorización , ya no podremos usar o divulgar su información de salud protegida para los fines objeto de la autorización , salvo en los casos que ya hemos basado en la autorización.

### Ejemplos de usos y divulgaciones que requieren su autorización previa

- **Notas de Psicoterapia** - Se requiere una autorización firmada por el uso o la divulgación de notas de psicoterapia , excepto para nuestro propio uso para el tratamiento de usted, para nuestros programas de formación y de defendernos en una acción legal u otro procedimiento .
- **Marketing** - Se requiere una autorización firmada por el uso o divulgación de su información de salud protegida para un propósito que le anima a comprar o usar un producto o servicio con excepción de ciertas circunstancias limitadas , como cuando la comunicación publicitaria sea cara a cara o cuando la comercialización incluye la distribución de un regalo promocional de valor nominal proporcionado por el Centro .
- **• Venta de la información médica protegida** - Excepto cuando lo permita la ley , no venderemos su información de salud protegida a menos que recibamos una autorización firmada por usted .
- **• Usos y divulgaciones que no se describen en este Aviso** - A menos que lo autorice la ley federal o estatal , otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida que no se describen en esta Notificación se harán sólo con su autorización firmada.

**El centro tendrá en cuenta todos sus usos y divulgación para asegurar que todos los usos y revelaciones se describen en el Aviso.**

## IV. Sus derechos de información de salud.

**Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida . El siguiente describe brevemente cómo puede ejercer estos derechos .**

- **Derecho a solicitar restricciones de su información médica protegida** - Usted tiene el derecho de solicitar ciertas restricciones o limitaciones en la información protegida de salud que nosotros usamos o divulgamos sobre usted. Usted puede solicitar una restricción o revisar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud protegida, proporcionando una solicitud por escrito indicando la restricción específica solicitada. Puede obtener un formulario de Solicitud de Restricción del Centro. Es posible que necesite una restricción a la divulgación de su información de salud protegida a un plan de salud (que no sea otro programa federal de salud Medicare o que requiera el Centro de presentar información) y el Centro debe estar de acuerdo (a menos que sea requerido por la ley) a su solicitud, si es para fines de pago u otras operaciones de cuidado de la salud (pero no el tratamiento) si pagó de su bolsillo, en su totalidad, por el artículo o servicio al que se refiere la información de salud protegida. De lo contrario, no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción. Si o cuando estamos de acuerdo para aceptar su solicitud de restricción, cumpliremos con su solicitud, excepto cuando sea necesario para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Si la información de salud protegida restringida se da a conocer a un proveedor de atención médica para el tratamiento de emergencia, vamos a solicitar que dicho proveedor de atención médica no utilizar más o divulga la información. Además, usted y el centro puede poner fin a la restricción (distinta de una restricción a un plan de salud para fines de pago) si la otra parte es notificado por escrito de la terminación. A menos que usted está de acuerdo, la terminación de la restricción sólo es eficaz con respecto a la información médica protegida creada o recibida después de haberle informado de la terminación.
- **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales** - Usted tiene el derecho de solicitar una modificación razonable con respecto a la manera de recibir comunicaciones de información de salud protegida . Usted tiene el derecho de

solicitar un medio de comunicación alternativos o una ubicación alternativa en la que desea recibir las comunicaciones. Puede presentar una solicitud por escrito al Centro de solicitar comunicaciones confidenciales . Puede obtener un formulario de Solicitud de comunicaciones confidenciales del Centro .

- **Derecho de acceso, inspeccionar y copiar su información de salud protegida** - Usted tiene el derecho a acceder, inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida que se utiliza para tomar decisiones sobre su atención durante el tiempo que la información de salud protegida es mantenido por el Center. Usted también tiene el derecho de obtener una copia electrónica de cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos en formato electrónico. Usted también tiene el derecho de solicitar que el Centro de transmitir una copia de su información médica protegida directamente a otra persona designada por usted. Para acceder, inspeccionar y copiar su información de salud protegida que se puede usar para tomar decisiones acerca de usted, usted debe presentar su solicitud por escrito al Centro. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos de la preparación, copiar, enviar u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos negar, en su totalidad o en parte, a su solicitud de acceso, inspeccionar y copiar su información de salud protegida bajo ciertas circunstancias limitadas. Si negamos su petición, le proporcionará una explicación escrita de la razón de la denegación. Es posible que tenga derecho a que esta negación sea revisada por una atención sanitaria profesional independiente designado por nosotros para actuar como un oficial de revisión. Este individuo no habrá participado en la decisión original de negar su solicitud. Usted también puede tener el derecho a solicitar una revisión de nuestra negación de acceso a través de un tribunal de justicia. Todos los requisitos, costos judiciales y honorarios de abogados asociados con una búsqueda de la negación por un tribunal son su responsabilidad. Usted debe buscar consejo legal si usted está interesado en la búsqueda de tales derechos.
- **Derecho a enmendar su información protegida sobre la salud** - Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información médica protegida durante el tiempo que la información es mantenida por o para el Centro . Su solicitud debe ser hecha por escrito al Centro y debe indicar el motivo de la modificación solicitada . Puede obtener un formulario de Solicitud de Modificación del Centro . Si negamos su solicitud de enmienda, le daremos un rechazo por escrito incluyendo las razones de la denegación y el derecho a presentar una declaración escrita manifestando su disconformidad con la denegación. Podemos refutar su declaración de desacuerdo . Si no desea presentar una declaración escrita manifestando su disconformidad con la denegación , usted puede solicitar que su solicitud de enmienda y su negación ser divulgada con cualquier divulgación futura de su información relevante .
- **Derecho a recibir un informe de divulgaciones de información médica protegida** - Usted tiene el derecho de solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida por el Centro o por otros en nuestro nombre. No estamos obligados a dar cuenta de todas las revelaciones, incluyendo revelaciones para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Sin embargo, a partir del 1 enero de 2014, si hemos hecho ninguna divulgación para tratamiento, pago u operaciones a través de una historia clínica electrónica, estamos obligados a incluir esas revelaciones que ocurrieron dentro de los tres (3) años desde la fecha de su solicitud. Para solicitar una contabilidad de revelaciones, usted debe presentar una solicitud por escrito, indicando un período de tiempo que comienzan en o después de Abril 14, 2003, que es el plazo de seis (6) años (o sobre el 1 de enero, 2014 que está dentro de los tres (3) años para las divulgaciones de información de salud protegida a través de una historia clínica electrónica) desde la fecha de su solicitud. La primera contable proporcionada dentro de un período de doce meses será gratis. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de cada solicitud futura de una rendición de cuentas dentro de un mismo período de doce meses. Sin embargo, se le dará la oportunidad de retirar o modificar su solicitud de un informe de divulgaciones con el fin de evitar o reducir la tasa. Tenga en cuenta que, en ocasiones, las compañías con las que trabajamos (llamados "socios comerciales") pueden tener acceso a su información médica protegida. Cuando se solicita un informe de las revelaciones del centro,

podemos proporcionarle la contabilidad de las revelaciones o los nombres e información de contacto con nuestros socios de negocios, por lo que es posible que a continuación, ponerse en contacto con ellos directamente para obtener un informe de divulgaciones.

- **Derecho a obtener una copia impresa del Aviso** - Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso, incluso si usted ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento poniéndose en contacto con el Centro. Además, es posible obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web <http://www.firstchc.org>.
- **Derecho a solicitar la transmisión de su información de salud protegida en formato electrónico** - Usted puede dirigir para transmitir una copia electrónica de su información de salud protegida que mantenemos en formato electrónico a una persona o entidad que usted designe. Para solicitar la transmisión de su información de salud electrónica, debe presentar la solicitud por escrito al Centro.
- **Derecho a quejarse** - Usted puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos y la Oficina de la Comisión Conjunta si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Privacidad de su queja. Usted no será penalizado por presentar una queja y haremos todos los esfuerzos razonables para resolver su queja con usted.

First Choice Health Centers, Inc.  
Stephanie Scafidì, Health Information Supervisor  
(860)-610-6127

Joint Commision Office of Quality Monitoring  
(800) 944-6610  
[complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org)

Department of Health and Human Services  
[OCTComplaint@hhs.gov](mailto:OCTComplaint@hhs.gov)

### ***Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes***

#### ***USTED TIENE EL DERECHO DE:***

- ❖ Contar con cuidado y servicio de calidad.
- ❖ Buscar atención especializada.
- ❖ Recibir cuidado considerado, respetuoso, y no discriminatorio.
- ❖ Recibir una explicación de su diagnóstico, tratamiento, y pronóstico en términos que usted entienda.
- ❖ Recibir la información necesaria para participar en las decisiones respecto a su cuidado y dar su consentimiento informado antes de someterse a cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- ❖ Estar informados acerca de los resultados inesperados de cuidado, tratamiento o servicios que se relacionan para centinela eventos tal como se define por la Junta Comisión.
- ❖ Negar tratamiento, excepto según lo prohíba la ley, y ser informado de las consecuencias de su decisión.
- ❖ Participar en la consideración de cuestiones éticas que se presenten en su cuidado.
- ❖ Recibir cuidado que tome en consideración sus valores psicosociales, espirituales, y culturales.
- ❖ Contar con que su privacidad personal será respetada por todos los miembros del personal.
- ❖ Hablar en confianza con los proveedores de servicios de salud y tener su información de servicios de salud protegida en conformidad con los requisitos de la ley estatal y federal.
- ❖ Saber los nombres y puestos de las personas ocupadas en sus cuidados por medio de una etiqueta oficial con su nombre o introducción personal.
- ❖ Pedir y recibir una explicación de todos los cargos cobrados por la clínica aunque estén cubiertos por seguro.
- ❖ Obtener otra opinión clínica antes de cualquier procedimiento.
- ❖ Requerimiento para la copia de su historia/records medicos. Una autorizacion por escrito puedes ser necesaria y puede haber un cargo u costo por las copias, en acuerdo con los procedimientos y políticas de la clínica y de la ley de Connecticut. La clínica tiene hasta 30 días para procesar dicha autorizacion.
- ❖ Revisar bajo la supervisión de un miembro del personal cualesquier registros médicos creados por la clínica respecto a sus cuidados y tratamiento.
- ❖ Dejar que su tutor, pariente más cercano o persona responsable legalmente autorizada ejerza sus derechos por usted si se ha determinado que está incapaz, por razones médicas o legales, de participar por sí mismo.
- ❖ El paciente tiene derecho a involucrar a la familia del paciente en el cuidado, tratamiento o servicios decisiones en la medida permitida por la paciente o alternativos para tomar sustituto decisions.
- ❖ Ser informado respecto a las instrucciones previas y saber cómo la clínica responderá a tales instrucciones previas.
- ❖ Negarse a participar en investigaciones científicas.
- ❖ Registrar quejas u ofrecer sugerencias para mejorar los servicios.
- ❖ Contar con un aviso razonable si la relación de la clínica con usted fuera a ser alterada o terminada.

#### ***USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:***

- ❖ Tratar al personal y a otros pacientes con respeto y consideración.
- ❖ Dar información precisa y completa acerca de usted y su historial de salud, y respecto a su relación con el paciente, si usted no es el paciente.
- ❖ Proporcionar la información necesaria para completar su expediente de salud.
- ❖ Mantener óptima salud y seguir los planes e instrucciones de tratamiento conforme al acuerdo con su proveedor de servicios de salud.
- ❖ Hacer preguntas si usted no entiende la explicación de su diagnóstico, tratamiento, pronóstico o cualesquier instrucciones que se le hubiesen dado.
- ❖ El pago de cualesquier cargos cobrados a usted por la clínica.
- ❖ Cumplir con las normas y reglas que estén anunciadas y/o entregadas a usted por la clínica.
- ❖ Darle a su proveedor por lo menos 24 horas de aviso cuando usted o su familia necesite medicamentos o una receta.
- ❖ Llegar a tiempo para las citas. Si usted se atrasa (20) minutos o más para una cita, no podremos garantizar su cita.
- ❖ Llamar por lo menos 24 horas antes de su cita para cancelarla y/o cambiar la cita.
- ❖ Supervisar y mantener la seguridad de sus niños u otros menores que le acompañen al centro de salud.

**First Choice Health Centers**  
**AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS**  
**Fecha Efectiva: 4/14/2003; Revisado 2/06/2006**  
**ESTE AVISO DEWSCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SUYA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.**  
**POR FAVOR DE LEER CON CUIDADO.**

#### **Para mas información, favor de contactarnos:**

Stephanie Scafidì, Oficial de Privacidad y Persona de Contacto  
First Choice Health Centers, Inc.  
94 Connecticut Boulevard, East Hartford, CT 06108  
Tel. (860) 528-1359

#### **Quiene Somos:**

Este Aviso describe las practicas privadas de First Choice Health Centers, Inc. ("el Center") y las practicas privadas de:

- Todos nuestros medicos, enfermeras y ortos profesionales de salud autorizados para entrar informacion (incluyendo dental y salud de comportamiento) suya en su archivo medico.
- Todos nuestros departamentos, incluyendo, e.g., nuestros archivos medicos y departamentos de cuentas.
- Todos nuestros centros de salud.
- Todos nuestros empleados, personal, voluntaries y otras personas que trabajan para nosotros.

#### **Nuestra Promesa:**

Nosotros entendemos que su informacion medica y la ayuda medica que usted recibe es personal. Nosotros estamos comprometidos a proteger su informacion medica personal. Cuando recibe tratamiento y otros servicios medicos de nosotros, creamos un archive de los servicios que usted recibio. Necesitamos este archive para asegurar la calidad de servicio y para cumplir con requisitos legales. Este Aviso aplica a todos los archivos de su cuidado medico, hecho por nuestros profesionales de salud u otros trabajadores en esta oficina, y le informa sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su Informacion Medica Personal. Este aviso tambien describe sus derechos con respect a la informacion de salud que mantenemos sobre usted y las obligaciones que tenemos cuando usamos y divulgamos su informacion medica.

La ley nos exige:

- Asegurarnos que la informacion medica que lo identifica se mantenga privada.
- Darle este Aviso de nuestros deberes legales y practicas privadas con respecto a su informacion medica personal.
- Seguir los terminus en el aviso que actualmente estan en efecto para toda su informacion medica personal.

#### **I. Propósito del Aviso de prácticas de privacidad**

Esta notificación de aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") tiene por objetivo informarlo de las maneras como podemos usar o revelar su información de salud protegida. Esta también describe sus derechos al acceso y control de su información de salud protegida y algunas obligaciones que tenemos en relación al uso y revelación de un información protegida de salud.

Su "información protegida de salud" es la información sobre usted creada y recibida por nosotros, incluyendo su información demográfica, que podría razonablemente identificarlo y que se relaciona con su pasada, presente o futura condición física, mental u otra condición , o pago por la provisión de su servicio de salud. Nosotros estamos obligados por la ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y usted tiene el derecho a y recibirá la notificación de nosotros de una violación de su información de salud protegida, si dicha situación ocurre. Nosotros también estamos obligados por la ley a proveerle a usted esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de protegida de salud y para cumplir con los términos de la Notificación que está actualmente vigente . Sin embargo nosotros podríamos cambiar esta notificación en cualquier momento. La nueva revisada notificación aplicara a toda su información de salud que nosotros mantenemos. Usted no recibirá automáticamente la revisada notificación. Si usted quisiera recibir una copia de alguna notificación revisada, usted debe visitar nuestro sitio web at <http://www.firstchc.org> contacto First Choice Health Centers Inc., ("Center") o solicite una copia en su proxima visita.