

**Firme este Formulario para Reconocer de que le Hemos Entregado el "Aviso de Practicas de Privacidad"**

Yo confirmo que he revisado y he entendido el *Aviso de Practicas de Privacidad* de Rainbow Pediatrics conteniendo una descripcion de los usos y revelaciones sobre mi informacion de salud medica. Yo ademas entiendo que Rainbow Pediatrics puede actualizar el *Aviso de Practicas de Privacidad* en cualquier momento y yo puedo recibir el *Aviso de Practicas de Privacidad* actualizado por medio de una solicitud por escrito para recibir una copia actual de el *Aviso de Practicas de Privacidad* de Rainbow Pediatrics.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si esta forma esta completada por el representante personal del paciente, favor de escribir el nombre abajo y firme.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Personal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

**Para Uso del Personal de Rainbow Pediatrics Solamente**

Complete this form if unable to obtain signature of patient or patient's personal representative.

Rainbow Pediatrics made a good faith effort to obtain patient's written acknowledgement of the *Notice of Privacy Practices* but was unable to do so for the reasons documented below:

- Patient or patient's personal representative refused to sign
- Patient or patient's personal representative unable to sign
- Other \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Employee Name (printed)

\_\_\_\_\_  
Employee Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Su información.  
Sus Derechos.  
Nuestras Responsabilidades.**

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada, dada a conocer y como usted puede tener acceso a esta información. **Por favor lea esto cuidadosamente.**

**Sus  
Derechos**

**Usted tiene derecho a:**

- Obtener una copia de su archivo médico en papel o electrónico
- Corregir su archivo médico en papel o electrónico
- Requerir que la comunicación sea confidencial
- Preguntar que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista a quienes les hemos compartido su información
- Obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad
- Escoger a alguien que tome acción por usted
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

➤ **Ver Pagina 2** para mas información sobre estos derechos y como ejercerlos

**Sus  
Opciones**

**Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información cuando:**

- Avisamos a familiares y amigos sobre su condición
- Proveer información de desastres
- Incluirle en un directorio de hospital
- Proveer cuidado de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

➤ **Ver Pagina 3** para mas información sobre estas opciones y como ejercerlas

**Nuestros  
Usos y  
Revelaciones**

**Podemos utilizar y compartir su información cuando:**

- Esta en tratamiento
- Atendemos nuestra organización
- Facturamos por sus servicios
- Ayudamos con los problemas de seguridad y salud pública
- Investigamos
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a las solicitudes de donaciones de órganos y tejidos
- Trabajamos con un médico forense o director de funeraria
- Atendemos a solicitudes de compensación de trabajadores, la policía, y otros requerimientos gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

➤ **Ver Paginas 3 y 4** para mas información sobre estos usos y divulgaciones

**Usted tiene ciertos derechos en cuanto a su información de salud médica.**

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

**Obtener una copia de  
archivo médico en  
papel o electrónico**

- Usted puede solicitar ver o obtener una copia de su archivo en papel o electrónico y otra información médica que tenemos sobre usted. Pregúntenos como hacer esto.
- Nosotros le daremos una copia o resumen de su información de salud médica normalmente dentro de 30 días después de haber hecho su solicitud. Nosotros podríamos cobrarle una suma razonable.

**Preguntar que  
corrijamos su archivo  
médico**

- Usted puede solicitar correcciones de su información de salud médica que piensa que esta incorrecta o incompleta. Pregúntenos como hacer esto.
- Nosotros podríamos decir "no" a su solicitud, pero le explicaremos porqué en forma escrita dentro de 60 días.

**Requerir que las  
comunicaciones  
sean confidenciales**

- Usted puede solicitar que le contactemos en forma específica (por ejemplo, teléfono de casa o oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Nosotros diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

**Preguntar que  
limitemos la  
información que  
usamos o  
compartimos**

- Usted puede pedirnos que **no** usemos o compartamos cierta información de salud médica para tratamiento, pago, o nuestras operaciones. Nosotros no tenemos que aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afecta su cuidado.
- Si usted paga en su totalidad con su dinero por el servicio médico o artículo, puede pedirnos que nosotros no compartamos esa información con respecto al pago de nuestras operaciones con su seguro de salud. Nosotros diremos "sí", al menos que la ley nos requiera compartir esa información.

**Obtener una lista de  
quienes les hemos  
compartido su  
información**

- Usted puede solicitar una lista (contabilización) de las veces que hemos compartido su información médica dentro de los pasados seis años a partir de la fecha que usted solicitó, con quien la hemos compartido, y porqué.
- Nosotros incluiremos todas las revelaciones excepto tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de salud, y ciertas revelaciones (por ejemplo cualquiera que usted haya pedido). Le provereemos una contabilización al año gratis pero cobraremos una suma razonable si solicita otra dentro de 12 meses.

**Obtener una copia de este  
aviso de Prácticas de  
Privacidad**

- Usted puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibirla electrónicamente. Nosotros le daremos una copia en papel puntualmente.

**Escojer a alguien  
que tome acción por  
usted**

- Si usted ha dado a alguien un poder médico, o si alguien es su tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nosotros nos aseguraremos que esa persona tiene la autoridad y puede actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

**Presentar una queja  
si usted cree que sus  
derechos han sido  
violados**

- Usted puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos, contactándonos usando la información en la página 1.
- Usted puede presentar una queja con el U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja.

## Sus Opciones

Para cierta información médica de salud, usted puede decirnos sus opciones de lo que podemos compartir. Si usted tiene una idea clara de cómo compartir su información en las situaciones que están abajo, déjenos saber. Avisenos lo que usted quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que hacer acerca de:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos, o otros que están involucrados en su cuidado
- Compartir información en caso de desastres
- Incluir su información en un directorio de hospital

*Si usted no puede decirnos claramente que hacer, por ejemplo si está inconsciente, nosotros podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. Nosotros también podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.*

En estos casos nosotros *nunca* compartiremos su información al menos que usted nos de autorización por escrito:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- Intercambio mayoritario de notas de psicoterapia

En casos de recaudar fondos:

- Podríamos contactarle para recaudar fondos, pero usted puede decirnos que ya no le contactemos de nuevo.

## Nuestros Usos y Revelaciones

### Cómo normalmente usamos o compartimos su información de salud médica?

Nosotros normalmente usamos o compartimos su información de salud médica de las siguientes maneras.

**Darle tratamiento**

- Nosotros podemos usar su información de salud médica y compartirla con otros profesionales que le están dando tratamiento.

**Ejemplo:** Un médico que le está tratando por una lesión pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

**Atender nuestra organización**

- Nosotros podemos usar y compartir su información de salud médica para atender nuestra práctica, mejorar su atención, y contactarle cuando sea necesario.

**Ejemplo:** Nosotros usamos información de salud médica sobre usted para manejar su tratamiento y servicios.

**Facturar por sus servicios**

- Nosotros podemos usar y compartir su información de salud médica para facturar y recibir pago de seguros médicos o otras entidades.

**Ejemplo:** Nosotros proveemos información a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

*Continúe a la siguiente página*

**Como mas podemos utilizar o compartir su información de salud medica?** Se nos permite o exige a compartir su información en otras formas - normalmente en la forma que contribuye al bien público, por ejemplo salud pública e investigación. Nosotros tenemos que reunir muchas condiciones de la ley antes de compartir su información para dichos propósitos. Para mas información visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

---

**Ayudar con los problemas de seguridad y salud pública**

- Nosotros podemos compartir su información de salud medica para situaciones como:
    - Prevención de enfermedad
    - Ayudando con productos que deben ser retirados
    - Reportando reacciones adversas a los medicamentos
    - Reportando cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
    - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona
- 

**Hacer una investigación de salud**

- Nosotros podemos usar o compartir su información para la investigación de salud.
- 

**Cumplir con la ley**

- Nosotros compartiremos información sobre usted si las leyes del estado o federales lo requieren, incluyendo *the Department of Health and Human Services* para ver si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
- 

**Responder a solicitudes de donaciones de órganos y tejidos**

- Nosotros podemos compartir información de salud medica sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.
- 

**Trabajar con un medico forense o director de funeraria**

- Nosotros podemos compartir información de salud medica con un oficial de investigación, medico forense, o director de funeraria cuando alguien muere.
- 

**Atender a solicitudes de reclamaciones de compensación del trabajador, agente de la ley, y gubernamentales**

- Nosotros podemos usar o compartir información de salud medica sobre usted:
    - Para las reclamaciones de compensación del trabajador
    - Para fines policiales o con un agente de la ley
    - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
    - Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional, y servicios de protección presidenciales
- 

**Responder a las demandas y acciones legales**

- Nosotros podemos compartir su información de salud medica en referencia a una orden de la corte o orden administrativa, o en referencia a un citación.
- 

*Si usted tiene preguntas sobre este aviso o desea hacer una queja sobre un tema de privacidad, usted puede enviar su pregunta o queja por escrito a:*

*Rainbow Pediatrics  
Attn: Privacy Officer  
21141 Sterling Avenue, Suite 1  
Georgetown, DE 19947*

*O, si prefiere, usted puede hacer su pregunta o queja con nosotros en persona o via teléfono al 302-856-6967.*

## Nuestras Responsabilidades

---

- Nosotros estamos requeridos por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Nosotros le informaremos inmediatamente si un incumplimiento ocurre que pudo haber comprometido la privacidad y seguridad de su información.
- Nosotros debemos seguir los deberes de practicas de privacidad en este aviso y darle una copia de esto.
- Nosotros no usaremos o compartiremos su información que no este descrito en este aviso al menos que usted nos autorice hacerlo por escrito. Si usted nos autoriza que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si usted cambia de opinión.

Para mas información visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## Cambios a los Términos de esta Notificación

Nosotros podemos cambiar los términos de esta notificación, y los cambios aplicaran a toda la información que nosotros tengamos sobre usted.

Esta nueva notificación esta disponible si usted lo solicita en nuestra oficina, o en nuestro sitio de internet.

*Octubre 13, 2013*

## Este Aviso de Practicas de Privacidad aplica a las siguientes organizaciones:

*Rainbow Pediatrics, LLC*

---

*Privacy Officer: Dr. Vibha Sanwal*