

**JUAN P. AGUILAR, M.D.**

**AVISO ACERCA DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Como es requerido por los reglamentos de privacidad creados como resultado del Acta de la Portabilidad y la Responsabilización de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés)

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A SU INFORMACION DE SALUD INDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE.**

**FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO  
CUIDADOSAMENTE**

**A. NUESTRA DEDICACION A SU PRIVACIDAD**

Nuestra consulta está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud individual identificable (PHI por sus siglas en inglés). Al manejar nuestra práctica, crearemos records sobre usted y sobre los tratamientos y servicios que recibe. Estamos obligados por la ley el mantener la confidencialidad de la información de salud que identifica a su persona.. También estamos obligados por la ley el proveerle este aviso respecto a nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en su práctica respecto a su PHI. Bajo las leyes federales y estatales, tenemos que atenernos a las condiciones del aviso de las prácticas de privacidad que están en vigencia en ese momento.

Reconocemos que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveerle la siguiente información importante:

- • Cómo podemos utilizar y divulgar su PHI
- • Sus derechos de privacidad en su PHI
- • Nuestras obligaciones respecto al uso y la divulgación de su PHI

**Los términos de este aviso se aplican a todos los records conteniendo su PHI que son creados y llevados por nuestra consulta. Reservamos el derecho de modificar o enmendar este Aviso Acerca de las Prácticas de Privacidad. Cualquier modificación o enmienda a este aviso entrará en vigor para todos los records que nuestra consulta haya creado o llevado en el pasado, y para culaquier record que podramos crear o llevar en el futuro. Nuestra consulta situará una copia del Aviso en vigencia en una ubicación siempre visible en nuestras oficinas, y usted puede pedir una copia del Aviso más actual en cualquier momento.**

**B. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE AVISO, PONGASE EN CONTACTO CON:**

-

**JUAN P. AGUILAR, M.D.**

**C. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD INDIVIDUAL IDENTIFICABLE (PHI) DE LAS SIGUIENTES MANERAS:**

Las siguientes categorías describen maneras diferentes en las cuales podemos utilizar o divulgar su información de salud identificable.

**1. Tratamiento.** Nuestra consulta puede utilizar su PHI para darle tratamiento. Por ejemplo, puede que le pidamos que se haga exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre y orina), y puede que utilicemos aquellos resultados para ayudarnos a diagnosticarlo. Puede que utilicemos su PHI para escribirle una receta médica, o quizás podríamos divulgar su PHI a la farmacia cuando le ordenamos una receta médica. Muchas de las personas que trabajan para nuestra consulta – incluyendo a los doctores y las enfermeras- podrían utilizar o divulgar su PHI para otorgarle tratamiento o para ayudarle a otros en su tratamiento. También, puede que divulguemos su PHI a otros que podrían darle asistencia en su atención médica, como su cónyuge, hijos, o padres. Finalmente, puede que también divulguemos su PHI a otros proveedores del cuidado de la salud para propósitos relacionados con su tratamiento.

**2. Pago.** Nuestra consulta puede utilizar y divulgar su PHI para facturar o cobrar por los servicios y artículos que recibe de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su seguro de salud para certificar que tiene derecho a beneficios (y para qué gama de beneficios), y podemos proveerle detalles a su seguro respecto a su tratamiento para determinar si su seguro lo cubrirá, o pagará por su tratamiento. También puede que utilicemos o divulguemos su PHI para obtener pago de terceros, quienes podrían ser responsables por los gastos, tales como miembros de su familia. También podemos utilizar su PHI para cobrarle directamente por servicios y artículos. Puede que también divulguemos su PHI a otros proveedores y entidades del cuidado de la salud para asistirlos en sus esfuerzos en lo que se refiere a facturar y colección de pagos.

**3. Operaciones del Cuidado de la Salud.** Nuestra consulta puede utilizar su PHI para llevar a cabo la operación de nuestro negocio. Ejemplos de cómo podríamos utilizar y divulgar su información para efectuar nuestras operaciones serían si nuestra consulta usa su PHI para evaluar la calidad de la atención médica que recibió por parte de nosotros, o para efectuar actividades para administrar costos o planes de negocios para nuestra consulta. Puede que también divulguemos su PHI a otros proveedores y entidades del cuidado de la salud para asistirlos en sus operaciones del cuidado de la salud.

**OPCIONAL:**

**4. Recordarle las Citas.** Nuestra consulta puede utilizar y divulgar su PHI para comunicarse con usted y recordarle que tiene una cita.

**OPCIONAL:**

**5. Opciones de otros Tratamientos.** Nuestra consulta puede utilizar y divulgar su PHI para informarle sobre opciones potenciales de tratamientos u otras alternativas.

**OPCIONAL:**

**6. Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud.** Nuestra consulta puede utilizar y divulgar su PHI para informarle sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle a usted.

**OPCIONAL:**

**7. Revelar su Información a Familia/Amistades.** Nuestra consulta puede revelar su PHI a una amistad o a un familiar que esté involucrado en su atención, o quien ayuda a cuidarlo. Por ejemplo un padre o guardián puede pedirle a la niñera que lleve al niño a la consulta de un

pediatra para el tratamiento de un resfrío. En este ejemplo, la niñera puede que tenga acceso a la información médica del niño.

**8. Divulgación Requerida por la Ley:** Esta consulta utilizará y divulgará su PHI cuando las leyes federales, estatales o locales nos obliguen a hacerlo.

## **D. UTILIZACION Y DIVULGACION DE SU PHI EN CIERTAS CIRCUMSTANCIAS ESPECIALES**

Las siguientes categorías describen situaciones extraordinarias en las cuales podemos utilizar o revelar su información de salud identificable:

**1. Riesgos de Salud Pública.** Nuestra consulta puede divulgar su PHI a las autoridades de la salud pública que están autorizadas por ley para juntar información para el propósito de:

- • Mantener records vitales, tales como nacimientos y fallecimientos
- • Reportar abuso o abandono de niños
- • Prevenir o controlar una enfermedad, lesión, o incapacidad
- • Notificar a una persona respecto a la exposición potencial de una enfermedad contagiosa
- • Notificar a una persona respecto a un riesgo potencial de comunicar o contraer una enfermedad o condición
- • Reportar reacciones a ciertas drogas o problemas con productos o aparatos
- • Notificarle a individuos si un producto o aparato que están usando ha sido revocado del mercado
- • Notificar a la(s) agencia(s) gubernamental(es) apropiada(s) respecto al abuso o abandono potencial de un paciente adulto (incluyendo la violencia doméstica); sin embargo, solamente revelaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si estamos obligados o autorizados por ley el divulgar esta información
- • Notificar a su patrón, bajo circunstancias limitadas, relacionadas principalmente a una lesión que ocurrió en el trabajo o enfermedad o inspección médica.

**2. Actividades de Vigilancia de Salud.** Nuestra consulta puede divulgar su PHI a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Actividades de vigilancia pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, acciones de licenciamiento y disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales u otras actividades necesarias para que el gobierno vigile programas gubernamentales, acatamiento a las leyes de los derechos civiles y del sistema del cuidado de la salud en general.

**3. 3. Litigios legales y Trámites similares.** Puede que nuestra consulta utilice y divulge su PHI al responder a una orden de la corte o administrativa, si usted está involucrado en una demanda legal o un proceso similar. También podríamos divulgar su PHI al responder a una revelación de pruebas, citación judicial, u otro proceso legal efectuado por terceros involucrados en la disputa, pero solamente si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud o para obtener una orden para proteger la información que terceros han solicitado.

**4. 4. Cumplimiento de la Ley.** Podemos revelar el PHI si nos lo es solicitado por un oficial del cumplimiento de la ley:

- • Respecto a una víctima de un crimen en ciertas situaciones si no podemos obtener el consenso de la persona
- • Respecto a un fallecimiento que creamos haya sido el resultado de alguna conducta criminal
- • Respecto a conducta criminal en nuestras oficinas
- • En respuesta a una justificación, mandato, orden o citación judicial o algún trámite legal similar
- • Para identificar/ubicar a un sospechoso, testigo importante, fugitivo o persona desaparecida
- • En una emergencia, para reportar un crimen (incluyendo la ubicación o la(s) víctima(s) del crimen, o la descripción, identidad, o ubicación del reo)

#### **OPCIONAL**

**5. Pacientes Fallecidos.** Nuestra consulta puede revelar el PHI a un examinador médico o pesquisador para identificar al individuo fallecido o para identificar la cause de muerte. Si es necesario, también podríamos revelar información para que un director de una funeraria pueda desempeñar su trabajo.

#### **OPCIONAL**

**6. Donación de Organos y Tejidos.** Nuestra consulta puede revelar su PHI a organizaciones que manejan la adquisición o el transplante de organos, ojos o tejidos, incluyendo los bancos de donaciones de organos, como sea necesario, para facilitar la donación y el transplante de organos o tejidos si usted es un donante de organos.

#### **OPCIONAL**

**7. Investigaciones.** Puede que nuestra consulta utilice y divulge su PHI para propósitos de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para utilizar su IIIHI para propósitos de investigación excepto cuando un IRB o Junta de privacidad ha determinado que la dispensa de su autorización satisface lo siguiente: (i) el uso o divulgación involucra no más que un mínimo riesgo a la privacidad de un individuo, basado en lo siguiente: (A) un plan adecuado para proteger a los identificadores del uso o divulgación inapropiados; (B) un plan adecuado para destruir a los identificadores a la más temprana oportunidad consistente con la investigación (a menos de que haya una justificación de salud o de investigación para retener los identificadores o si dicha retención es de otro modo requerida por la ley; y (C) garantías adecuadas y por escrito que el PHI no volverá a ser utilizado o divulgado a ninguna otra persona o entidad (excepto cuando la ley lo requiere) para la inclusión autorizada en estudios de investigación, o en otras investigaciones para las cuales el uso o divulgación serían permitidas de otro modo; (ii) el estudio no podría ser conducido prácticamente sin la dispensa, y (iii) el estudio no podría ser conducido prácticamente sin acceso al o uso del PHI.

**8. Amenazas Serias a la Salud o Seguridad.** Nuestra consulta puede utilizar y divulgar su PHI cuando sea necesario para disminuir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otro individuo o del público. Bajo estas circunstancias, solamente le haríamos la divulgación a la persona u organización capaz de ayudarnos a prevenir la amenaza.

**9. 9. Militares.** Nuestra consulta puede divulgar su PHI si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas de E.E.U.U o de otro país (incluyendo ex combatientes) y si es requerido por las autoridades apropiadas.

**10. Seguridad Nacional.** Nuestra consulta puede divulgar su PHI a oficiales federales para actividades de seguridad nacional e información secreta autorizadas por la ley. También

podemos divulgar su PHI a oficiales federales para proteger al Presidente, a otros oficiales o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones.

**11. Presos.** Nuestra consulta puede divulgar su PHI a instituciones correccionales o a oficiales del cumplimiento de la ley si usted es un preso o si está bajo la custodia de un oficial de la ley. La divulgación para estos propósitos sería necesaria: (a) para que la institución le provea servicios del cuidado de la salud a usted, (b) para la seguridad y protección de la institución, y/o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros individuos.

**12. Compensación al Trabajador.** Nuestra consulta puede revelar su PHI al programa de compensación al trabajador o a programas similares.

## **E. SUS DERECHOS RESPECTO A SU PHI**

Usted tiene los siguientes derechos respecto al PHI que llevamos sobre usted:

**1. Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho a pedir que nuestra consulta se comunique con usted respecto a los asuntos sobre su salud y aquellos relacionados con ella, de una cierta manera o en una cierta ubicación. Por ejemplo, nos puede pedir que lo contactemos en su casa en vez de en su trabajo. Para solicitar alguna comunicación confidencial, debe hacer una solicitud por escrito a Juan P. Aguilar, M. D. especificando el método de contacto que quiere, o la ubicación dónde desea ser contactado. Nuestra consulta se acomodará a todas las solicitudes razonables. No necesita darnos una razón por su solicitud.

**2. 2. Solicitud de Restricciones:** Usted tiene derecho a pedir que coloquemos una limitación en el uso u divulgación de su PHI para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Además, tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgación de su PHI a solamente ciertos individuos involucrados con su cuidado o con el pago de su atención médica, tales como familiares o amistades. **No estamos obligados a asentir con su solicitud;** sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos sujetos a nuestro convenio excepto cuando lo contrario sea requerido por ley, en emergencias, o cuando la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento. Para pedir limitaciones en el uso o divulgación de su PHI, deberá hacerlo por escrito dirigiéndose A Juan P. Aguilar, M. D. Su solicitud debe describir en forma clara y concisa:

- (a) (a) La información que desea restringir;
- (b) (b) Si la restricción es para limitar el uso en nuestra consulta, en la divulgación, o en ambos casos
- (c) (c) A quién quiere que sean aplicable los límites o las restricciones

**3. Inspección y Copias.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia del PHI que se utiliza para tomar decisiones sobre su persona, incluyendo los records médicos y las facturas en su ficha médica, pero no incluyendo apuntes de psicoterapia. Deberá someter su solicitud por escrito a Juan P. Aguilar, M. D. para poder inspeccionar y/u obtener una copia de su PHI. Puede que nuestra consulta le cobre un cargo para cubrir los gastos de copiar, enviar, de la labor y de las provisiones asociadas con su solicitud. Nuestra consulta puede rechazar su solicitud para inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede pedir que revisemos el rechazo. Las revisiones serán ejecutadas por otro profesional licenciado del cuidado de la salud seleccionado por nosotros.

**4. Enmiendas.** Puede pedirnos que corrijamos su información de salud si cree que está incorrecta o incompleta, y puede pedirnos una enmienda o corrección mientras la información esté siendo llevada por o para nuestra consulta. Para solicitar una enmienda, la solicitud debe someterse por escrito y ser dirigida a Juan P. Aguilar, M. D. Debe darnos una razón que apoye su solicitud para una enmienda o corrección. Nuestra consulta rechazará su solicitud si usted no somete su solicitud (y la razón apoyando su solicitud) por escrito. También podemos rechazar su solicitud si usted nos pide que modifiquemos alguna información que es, en nuestra opinión, (a) correcta y completa; (b) no es parte del PHI llevado por o para la consulta; (c) no es parte de un PHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) que no fue creado por nuestra consulta, a menos que el individuo o la entidad que creó la información no está disponible para corregir la información.

**5. Informe de Divulgaciones.** Todos nuestros pacientes tienen el derecho de pedir un “informe de divulgaciones”. Un “informe de divulgaciones” es una lista de ciertas divulgaciones que nuestra consulta ha hecho con su PHI. Para obtener un informe de divulgaciones, deberá someter su solicitud por escrito dirigiéndose a Juan P. Aguilar, M.D. Todas las solicitudes para un “informe de divulgaciones” deben contener un plazo que no puede ser más de seis (6) años desde la fecha de la divulgación y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril, 2003. La primera lista que usted pida dentro de un período de 12 meses es gratis, pero nuestra consulta le puede cobrar por listas adicionales durante un mismo período de 12 meses. Nuestra consulta le informará de los gastos relacionados con las solicitudes adicionales, y puede retirar su solicitud antes de incurrir algún gasto.

**6. Derecho a una Copia Impresa de este Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso acerca de las prácticas de privacidad. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con Juan P. Aguilar, M.D.

**7. Derecho a Registrar una Querrela.** Si usted cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede registrar una querrela con nuestra consulta o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para registrar una querrela con nuestra consulta, diríjase a Juan P. Aguilar, M. D. Todas las querellas deberán ser sometidas por escrito. **No será penalizado por registrar una querrela.**

**8. Derecho a Proporcionar una Autorización para otros Usos y Divulgaciones.** Nuestra consulta obtendrá una autorización escrita para usos y divulgaciones que no están identificadas en este aviso o que son permitidas por las leyes aplicables. Cualquier autorización que usted nos proporcione respecto al uso y divulgación de su PHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, ya no utilizaremos o divulgaremos su PHI por las razones descritas en la autorización. Favor de tomar nota que estamos obligados a mantener records acerca de la atención proporcionada.

Nuevamente, si tiene cualquier pregunta acerca de este aviso o sobre nuestra política de la privacidad de la información acerca de su salud, favor de comunicarse con Juan P. Aguilar, M.D.

**EXHIBIT 4**

**JUAN P. AGUILAR, M.D.**

**FORMULARIO PARA LA CONFIRMACIÓN POR ESCRITO  
DE HABER RECIBIDO AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD.**

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de  
Nombre del Paciente

Juan P. Aguilar, M.D.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**EXHIBICION 6**  
**JUAN P. AGUILAR, M.D.**

**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE  
INFORMACION DE LA SALUD PROTEGIDA PARA PROPOSITOS SOLICITADOS  
POR LA CONSULTA**

Al firmar esta autorización, yo autorizo a Juan P. Aguilar, M.D. que utilice y/o divulgue cierta información de salud protegida (PHI) sobre mi persona a

Juan P. Aguilar, M.D.

Esta autorización le permite a Juan P. Aguilar, M.D. que utilice y/o divulgue (describa la información que permite revelar específicamente, tal como fecha(s) del

servicio que le dimos, tipos de servicios, grado de detalles a divulgar, origen de la información, etc.) la siguiente información de salud individual identificable sobre mi persona:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La información será utilizada o divulgada para el siguiente propósito:

\_\_\_\_\_

Si el paciente lo pide, el propósito puede ser listado como “ solicitado por el paciente”.

{ **SOLAMENTE INCLUYA SI ES CORRECTO BAJO LAS CIRCUNSTANCIAS:** La consulta recibirá pago u otra remuneración de terceros a cambio de utilizar o divulgar el PHI. }

Me han proporcionado el/los propósito(s) para que yo pueda tomar una decisión inteligente si es que o no permito que revelen la información. Esta autorización caduca el

\_\_\_\_\_

{Fecha de vencimiento o Evento definido}

No tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de Juan P. Aguilar, M.D. De hecho, tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización. Cuando mi

información sea utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización, puede que esté sujeta a

volver a ser divulgada por el recipiente y puede que ya no esté protegida por el Reglamento

Federal de Privacidad HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito





**EXHIBICION 8**

**JUAN P. AGUILAR, M.D.**

**SOLICITUD DE LIMITACIONES Y RESTRICCIONES  
DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

**PACIENTE FAVOR DE TOMAR NOTA: NUESTRA CONSULTA NO ESTA OBLIGADA A ASENTIR  
CON SU SOLICITUD. FAVOR DE REFERIRSE A NUESTRO AVISO  
ACERCA DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD PARA OBTENER  
MAS INFORMACION ACERCA DE DICHAS SOLICITUDES.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Nr. de Departamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

Tipo de PHI a restringir o limitar (Favor de chequear todos los que son aplicables)

Teléfono de Casa

Dirección de Casa

Profesión

Nombre de mi Empresa

Notas de las Visitas

Notas del Hospital

Información sobre las recetas

médicas

Historial del Paciente

Dirección de Oficina

Teléfono de Oficina

Nombre del/la cónyugue

Teléfono de Oficina del/la cónyugue

Otros \_\_\_\_\_

¿Cómo desea que el uso de (o la divulgación de) su PHI sea restringido?

\_\_\_\_\_  
-  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

PARA USO INTERNO SOLAMENTE:

**EXHIBICION 9**

**JUAN P. AGUILAR, M.D.**

**SOLICITUD PARA INSPECCIONAR Y COPIAR  
LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Nr. de Departamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

Entiendo y asiento que yo soy responsable por los siguientes cargos asociados con mi solicitud: copias, incluyendo el costo de las provisiones y de la labor, y gastos de envío relacionados con la producción de mi información. Entiendo que el cargo por este servicio es \$ 1.00 por las primera 25 página y \$ 0.25 por el resto, con un cargo mínimo de \$ 10.00.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Guardián Legal  
en letras de imprenta

PARA USO INTERNO SOLAMENTE:

## EXHIBICION 10

JUAN P. AGUILAR, M.D.

### CARTA DE RECHAZO PARA EL PACIENTE

Fecha

Nombre del Paciente

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Estimado/a \_\_\_\_\_:

De acuerdo al Reglamento Final de los Estándares de Privacidad para la Información de Salud Individual Identificable (Reglamento de Privacidad) publicado por el Departamento de Salud y de Servicios Humanos de Estados Unidos, de acuerdo al Acta de la Portabilidad y la Responsabilización de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), Luis Garcia-Mayol, M.D. and Ivan D. Paoli, M.D. no puede honrar su solicitud para inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) por la(s) siguiente(s) razón(es):

- [ ] \_\_\_\_\_ no posee la información solicitada. [Inserte la ubicación del PHI si se conoce]
- [ ] Ud. ha solicitado sus apuntes de psicoterapia, como están definidos en el Reglamento de Privacidad, y estamos obligados a no permitirle inspeccionar y obtener copias de sus apuntes de psicoterapia.
- [ ] El Reglamento de Privacidad no obliga a que la consulta le permita inspeccionar u obtener una copia de la información solicitada porque ha sido reunida en anticipación a un, o para introducirla en un, procedimiento o acción civil, criminal, o administrativa.
- [ ] El Reglamento de Privacidad no obliga a que la consulta le permita inspeccionar u obtener una copia de la información solicitada porque está sujeta a o eximida de la Enmienda de las Mejoras para los Laboratorios Clínicos (CLIA por sus siglas en inglés) de 1988.
- [ ] El Reglamento de Privacidad no obliga a que la consulta le permita inspeccionar u obtener una copia de la información solicitada porque la información fue obtenida por alguien que no es un proveedor del cuidado de la salud bajo una promesa de privacidad , y el tener acceso a la información solicitada razonablemente revelaría la fuente de información.
- [ ] El Reglamento de Privacidad no obliga a que la consulta le permita inspeccionar u obtener una copia de la información solicitada porque la información fue/está siendo creada u obtenida durante el curso de una

investigación que sigue en marcha y que incluye tratamiento, y usted consintió a negar el acceso a ella cuando dio su consentimiento para participar en la investigación. Su derecho al acceso será reestablecido al finalizar la investigación.

- [ ] La información solicitada se encuentra en records sujetos al Acta Federal de Privacidad, U.S.C. §552a, y este rechazo cumple con los requisitos de esa ley.
- [ ] Un/a profesional licenciado/a del cuidado de la salud ha determinado que en su juicio profesional, el acceso a la información solicitada podría razonablemente poner en peligro su vida o su seguridad física o la vida o seguridad física de otra persona.
- [ ] La información solicitada incluye referencias a otra persona y un/a profesional licenciado/a del cuidado de la salud ha determinado, ejerciendo su juicio razonable, que el acceso solicitado podría razonablemente causar daño substancial a dicha otra persona.
- [ ] Usted es el representante personal del sujeto de la información solicitada, y un/a profesional licenciado/a del cuidado de la salud ha determinado, ejerciendo su juicio razonable, que la información solicitada no deberá ser entregada a usted.

Si el acceso a la información solicitada ha sido rechazada por alguna de las tres últimas razones listadas arriba, usted tiene el derecho de que el rechazo sea reexaminado por otro/a profesional licenciado/a del cuidado de la salud quien no haya participado en este rechazo. Si usted decide que reexaminen este rechazo, deberá someter su solicitud por escrito a nuestro Gerente de la Privacidad dirigiéndose a:

_____		_____
Nombre del Gerente de la Privacidad		Nombre de la Consulta
_____		
Dirección		
_____		
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Código Postal

Nuestro Gerente de la Privacidad le dará una respuesta por escrito dentro de un período de tiempo razonable, si o no finalmente le darán acceso a su PHI como fue solicitado originalmente. Puede registrar una querrela respecto a este rechazo con el/la Gerente de la Privacidad dirigiéndose al teléfono (305) 774-5700 o con el Secretario del Departamento de

Salud y de Servicios Humanos de Estados Unidos. Querellas al Secretario deben someterse por escrito, nombrar la consulta, describir los actos u omisiones que usted cree que infringen el Reglamento de Privacidad, y deben ser registrados dentro de 180 días desde la fecha de la supuesta infracción.

Muy atentamente,

---

Nombre del Representante de la Consulta

---

Puesto

**EXHIBICION 11**

**JUAN P. AGUILAR, M.D.**

**SOLICITUD PARA LA CORRECCION/ENMIENDA DE LA INFORMACION DE  
SALUD PROTEGIDA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Calle

\_\_\_\_\_  
Nr. de Departamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

Tipo de Anotación a ser Corregida o Modificada:

*Nota de una visita*  
*Nota de la enfermera*  
*Nota del Hospital*  
*Información sobre las recetas*  
*médicas*  
*Historial del paciente*

Por favor explicar de qué manera la anotación aparece incorrecta o incompleta.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor especifique qué es lo que deberá aparecer en la anotación para que esté correcta o completa.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

PARA USO INTERNO SOLAMENTE:

\_\_\_\_\_

La enmienda ha sido:      Aceptada

Rechazada

Rechazada en parte, Aceptada en parte

Si ha sido rechazada (entera o en parte)\*, chequee la razón del rechazo:

El PHI no fue creado por esta organización.

El PHI no está disponible para inspección por el paciente de acuerdo a la ley.

El PHI no es parte del grupo de records del paciente.

El PHI está correcto y completo.

Comentarios del proveedor del cuidado de la salud que proporcionó el servicio:

---

---

---

---

Nombre del miembro del personal que llenó este formulario: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor del cuidado de la salud que  
proporcionó el servicio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Si su solicitud ha sido rechazada entera o en parte, usted tiene derecho a presentar a la consulta una declaración escrita disputando el rechazo, a *Atn: {Nombre del Gerente de la Privacidad {dirección de la consulta}*. Si no nos provee una declaración disputando el rechazo, puede pedirnos que le proporcionemos su solicitud original para modificarla y nuestro rechazo con cualquier divulgación de la información de salud protegida que es el sujeto de la enmienda solicitada. También puede registrar una querrela con nuestro/a Gerente de la Privacidad [*inserte el nombre o puesto, y el número de teléfono*] o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.



**\*LA CONSULTA DEBE INFORMARLE AL PACIENTE QUE SE REQUIERE UNA SOLICITUD POR ESCRITO Y QUE SE REQUIERE QUE EL PACIENTE PROVEA UNA RAZON PARA APOYAR EL CAMBIO SOLICITADO.**

**EXHIBICION 12**

**JUAN P. AGUILAR, M.D.**

**SOLICITUD PARA OBTENER UN INFORME DE CIERTAS DIVULGACIONES DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA PARA PROPOSITOS NO-TPO**

Como paciente, usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones que nuestra consulta ha hecho con su información de salud individual identificable. Su solicitud deberá contener un plazo que no puede ser más de seis (6) años y que no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril, 2003. La primera lista que usted pida dentro de un período de 12 meses se le proveerá sin costo alguno. Para listas adicionales durante el mismo período de 12 meses, puede que se le cobren los gastos ocasionados al proveerle la lista; sin embargo nuestra consulta le informará de los gastos involucrados y usted puede decidirse a retirar o modificar su solicitud.

Para solicitar un informe de divulgaciones hechas por la consulta, deberá presentar su solicitud por escrito a Juan P. Aguilar, M.D. 747 Ponce De Leon Blvd., Suite 402 Coral Gables, Fl 33134 (305)774-5700

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Nr. de Departamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

PARA USO INTERNO SOLAMENTE:

**EXHIBICION 14**

**JUAN P. AGUILAR, M.D.**

**FORMULARIO PARA REGISTRAR UNA QUERELLA**

Nuestra consulta valora la privacidad de sus pacientes y estamos comprometidos a administrar nuestra consulta de una manera que promueve la confidencialidad del paciente a la vez que le proveemos una atención de alta calidad al paciente.

Si un miembro del personal de Juan P.Aguilar, M.D. no ha logrado esta meta, queremos que nos lo notifique. Le aseguramos que su querella se mantendrá confidencial. Por favor utilice el espacio provisto abajo para describir su querella. Tenemos la intención de utilizar esta realimentación para mejor proteger sus derechos de la confidencialidad del paciente.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

## APPENDIX 6

**JUAN P. AGUILAR, M.D.**

### **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE LA SALUD PROTEGIDA**

**Nota: El uso de este formulario es OPCIONAL AND NO REQUERIDO bajo la Regla de Privacidad. Puede que este formulario no llene los requisitos de su estado, así que consulte con su asesor legal antes de utilizar este formulario en su consulta.**

Con mi consentimiento, Juan P. Aguilar, M.D. puede utilizar y divulgar información de la de la salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) mía para efectuar tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en inglés). Favor de referirse al Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad de Juan P. Aguilar, M.D. para una descripción más completa sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Juan P. Aguilar, M.D. se reserva el derecho de modificar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad enmendado puede obtenerse al dirigirse por escrito a Gerente de la Privacidad de Juan P. Aguilar, M.D. a la {747 Ponce De Leon Blvd., Suite 402 Coral Gables, Fl 33134}.

Con mi consentimiento, Juan P. Aguilar, M.D. puede llamar a mi casa o a otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude en desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas, asuntos de seguro, y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Juan P. Aguilar, M.D. puede mandarme cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicación designada, tales como recordarme de citas, y estados de cuenta, del paciente siempre y cuando estén marcadas Personal

y Confidencial.

Con mi consentimiento, Juan P. Aguilar, M.D. puede enviarme correos electrónicos a mi casa o a otra ubicación designada, cualquier asunto que le ayude a la

consulta a desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas y estados de cuenta del paciente.

Tengo el derecho de pedirle a Juan P. Aguilar, M.D. que limiten cómo utilizan o divulgan mis PHI para desempeñar sus TPO.

Sin embargo, la consulta no está obligada a asentir a mi solicitud para los límites de divulgación, pero si lo hace, está sujeta a este convenio.

Al firmar este contrato, estoy consintiendo que Juan P. Aguilar, M.D. utilice y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la consulta ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que Juan P. Aguilar, M.D. se niegue a darme tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Guardián Legal  
en letras de imprenta