

***NOTIFICACION DE PRACTICA PRIVADA DE “GEORGE STREET CENTER”,  
“HANOVER CENTER”, “HANNAH PENN CENTER”, “LEWISBERRY CENTER”,  
“SOCIAL SERVICES” Y “NURSE FAMILY PARTNERSHIP” (COLECTIVAMENTE  
“FAMILY FIRST HEALTH”)***

(Dia Efectivo: 14 de abril del año 2003)

**Esta notificación describe como su información médica puede ser utilizada y revelada y cómo usted puede tener acceso a la misma. Por favor revíselo cuidadosamente.**

**Si usted tiene alguna pregunta sobre esta notificación, por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacía localizado en el 116 South George Street, Suite 301, York, PA 17401 o llamando al 717-801-4806.**

Esta notificación cubre las siguientes entidades de FAMILY FIRST HEALTH

George Street Center  
116 South George Street  
York , PA 17401

Hanover Center  
1230 High Street  
Hanover, PA 17331

Hannah Penn Center  
411 East Boundary Avenue  
York, PA 17403

Lewisberry Center  
P.O. Box 23  
308 East Market Street  
Lewisberry, PA 17339

Family First Health Social Services  
116 South George Street, Suite 349  
York, PA 17401

Nurse Family Partnership  
116 South George Street, Suite 358  
York, PA 17401

**Propósito:**

Generalmente cualquier información concerniente a su salud, cuidado de salud o pago por cuidado médico es considerado confidencial y protegido por la práctica privada de “Family First Health” y como utilizamos y revelamos su información médica.

Esta notificación incluso le dice cuales derechos usted tiene concerniente a esta información. Esta información puede incluir su nombre, dirección y otra información concerniente a su salud que se le hayan provisto o se le vayan a proveer a usted. Nosotros requerimos que toda nuestra division, personal, empleados, voluntarios y contratadores independientes cumplan con esta práctica privada con respeto a toda información médica que sea hecha o revelada por nosotros. Por favor comuníquese con el Oficial de Privacía mencionado arriba si tiene preguntas.

**Usos y disposiciones de su información de salud:**

Nosotros podriamos utilizar su información de salud para la mayoría de los tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de salud o propósitos administrativos sin firmar un consentimiento.

**Tratamiento:**

Nosotros podríamos utilizar su información de salud protegida para proveer, coordinar o manejar su cuidado de salud y cualquier otro servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o manejo de su cuidado de salud con otra entidad que ya haya obtenido su permiso para acceder a su información de salud protegida. Nosotros también dispondremos su información protegida a otros doctores que le puedan estar tratando cuando obtengamos el permiso necesario de usted para disponer su información. Por ejemplo, su información protegida puede ser revelada a un doctor o proveedor al cual usted ha sido referido para facilitar el tratamiento adecuado.

Nosotros podemos disponer su información protegida a otro doctor o proveedor de cuidado de salud tales como laboratorios o proveedor especial que se vea envuelto en su caso según requerido por su médico.

Por favor note que por la ley cierta información médica tales como notas para terapia física, normalmente podría no ser usada o compartida basado en su consentimiento. Una autorización que es una forma más estricta de permiso, será requerida en orden para usar o revelar tal información.

**Pagos:**

Pagos preliminarmente significa las actividades relacionadas con reembolsos de Family First Health por servicios provistos a usted. Pagos también puede incluir determinaciones de elegibilidad por su plan de seguro médico o otras acciones tales como hacer determinaciones de elegibilidad o cobertura para beneficios del seguro, revisar servicios provistos a usted por necesidad médica, actividades de revisión de uso y disponer a agencias de reportes de consumo. Por ejemplo, nosotros podremos disponer información protegida relevante sobre usted a su asegurador en orden de facilitar pagos por tratamientos provistos a usted.

Nosotros podríamos disponer su información protegida relevante a su asegurador en orden de obtener aprobación para una admisión de hospital y otros servicios para los cuales una pre-certificación es requerida. Por ejemplo, nosotros podríamos disponer información protegida relevante a su asegurador en orden de pre-certificar un procedimiento, tratamiento o para obtener aprobación para pagos por servicios de salud.

**Operaciones de cuidado de salud:**

Operaciones de cuidado de salud deben ser demostradas por Family First Health o por otra entidad contratada. Estas operaciones incluyen calidad de evaluación y mejoramiento de actividades, por revisión, credenciales y licenciamiento; programas de entrenamiento, servicios legales y financieros, planes de negocios y desarrollo, actividades gerenciales relacionadas a nuestra práctica privada, servicio al cliente, motivos internos, crear información no identificada para agregación de datos o otros motivos, recaudación de fondos, ciertas actividades de marketing y debido a actividades diligentes. Por ejemplo, nosotros podríamos disponer su información protegida a estudiantes de escuelas médicas que ven pacientes en nuestra oficina. En adición, podríamos usar una hoja firmada al momento de registrarse donde se le pedirá que usted firme e indique el nombre de su médico.

Nosotros podríamos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verle. Podríamos usar o disponer su información protegida, según sea necesario, para contactarle a usted para recordarle de sus citas.

Nosotros compartiremos su información protegida con otra entidad asociación de negocios que demuestre ciertas actividades, tales como facturación o servicios de transcripción, a nosotros. En cualquier arreglo hecho entre nuestra oficina y un asociado de negocios que envuelva el uso o disposición de su información de salud protegida, nosotros tendremos un contrato firmado que contiene términos que protegeran la privacidad de su información de salud protegida en acuerdo con el Acto de Seguro de Salud Portable y Responsable "HIPPA" (por sus siglas en inglés).

Podremos utilizar o disponer de su información de salud protegida, según necesario, para proveerle a usted información sobre sus alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud relacionados y servicios que puedan ser de su interés. Nosotros podríamos utilizar o disponer de su información para otras actividades de marketing. Por ejemplo, su nombre y dirección podrían utilizarse para enviarle una carta sobre nuestra práctica y los servicios que ofrecemos. Nosotros podríamos enviarle información sobre productos o servicios que nosotros creemos podrían ser beneficiosos para usted.

Usted podría comunicarse con el Oficial de Privacidad para requerir que no se le envíen estos materiales a usted.

Nosotros podríamos utilizar su información demográfica y los días que usted recibió tratamiento por nuestro médico, según necesario, en orden de comunicarnos con usted para actividades de recaudación de fondos apoyada por nuestra oficina. Si usted no quiere recibir este material, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad y requiera que este material no le sea enviado.

### **Información que podría ser dispuesta o utilizada sin su Consentimiento, Autorización u otro Permiso:**

Podríamos utilizar información de salud identificable sobre usted sin su autorización para muchas otras razones. Sujeto a ciertos requerimientos, podríamos dar información sin su autorización para propósitos de salud pública, abuso o reportes de negligencia, propósitos de auditoría, estudios de investigación, arreglos de funeral y donación de órganos, propósitos de compensación de trabajadores y emergencias. Nosotros proveemos información cuando de otra manera es requerida por la ley, tal como imposición de la ley bajo circunstancias específicas.

Si usted está presente o disponible, nosotros podemos proveer información médica relevante sobre usted a un familiar, amigo o individuo quien este envuelto en su cuidado, luego de nosotros procurar su permiso, o le hallamos provisto con la oportunidad de objetar y usted no objeta, o si nosotros razonablemente inferimos de las circunstancias, basados en razonamientos profesionales, que usted no objeta a la disposición. Si nosotros no somos capaces de conseguir su permiso porque usted no está al momento presente o estuviese incapacitado, utilizaremos nuestro mejor razonamiento para determinar, ya sea que usted quisiera que esta información sea compartida y dispondremos solo la información relevante protegida a la persona envuelta con su cuidado.

**Notificación:**

Nosotros podríamos utilizar información de salud protegida para notificar o asistir en notificación de un miembro de la familia, su representante personal, u otra persona responsable por su cuidado de su ubicación, condición general o muerte.

**Determinación de relevo en caso de desastre:**

Nosotros podríamos disponer su información de salud a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por su privilegio para asistir en desastres. En situaciones de desastre, juzgación profesional se usará para determinar si es o no razonable atender en obtener un acuerdo verbal del individuo o entidad, o si en el atento por obtener un acuerdo verbal interferiría o retrasaría los esfuerzos de rescate por desastre.

En cualquier otra situación, nosotros pediremos una autorización escrita antes de utilizar o disponer cualquier información identificable sobre usted. Si usted decide firmar la autorización para disponer de su información, usted puede luego revocar esa autorización para detener cualquier uso futuro y disposición de la misma.

**Cambios en nuestra política:**

Nosotros podemos cambiar nuestra política en cualquier momento. Antes de hacer cualquier cambio significativo a la misma, cambiaremos nuestra notificación y fijaremos la nueva notificación en la sala de espera y en los cuartos de examinación. Usted puede solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Para más información acerca de nuestras practicas privadas, comuníquese con el Oficial de Privacía.

**Derechos de individuo:**

En la mayoría de los casos usted tiene el derecho de mirar u obtener una copia de información de su salud que nosotros utilizamos para tomar decisiones sobre usted. Si usted desea revisar o copiar su información de salud, nosotros requerimos que usted complete y someta una solicitud escrita. La misma está disponible en el area de recepción.

Si usted solicita copias, se le cobrará:

1. La cuota actual de la lista publicada por el Boletín de Pennsylvania por cada página y una cuota razonable por el costo de proporcionar y el trabajo de copiar el mismo.
2. Franqueo, cuando usted solicite que el mismo sea enviado por correo
3. Por preparar el resumen, si usted está de acuerdo con los cargos.

A menos que una excepción aplique, usted tambien tiene el derecho de recibir una lista de instancias donde hemos utilizado información de salud sobre usted por razones tales como tratamiento, pagos o propósitos relacionados con administración.

Si usted cree que la información en su expediente está incorrecta o que falte información importante, usted tiene el derecho de solicitar que nosotros corrijamos la información existente o añadir la información faltante. Se le requiera que someta una solicitud escrita por la

rectificación de su información. Se le requerirá que provea una razón para su petición. Las formas están disponibles en el área de recepción.

Usted tiene el derecho de solicitar que su información de salud sea comunicada a usted en una manera confidencial tal como enviarla por correo a una dirección diferente a la suya. Se le requerirá que haga una petición por escrito concerniente a comunicaciones confidenciales. Nosotros no le podemos requerir a usted que provea una razón para esta petición de comunicación confidencial. Las formas están disponibles en el área de recepción.

Si esta notificación fue enviada a usted electrónicamente, usted puede obtener una copia en papel de la notificación solicitándole una forma del Oficial de Privacidad o a la recepcionista.

Usted puede solicitar por escrito que nosotros no usemos o revelemos su información para tratamiento, pagos o propósitos administrativos o a personas envueltas en su cuidado de salud excepto cuando sea específicamente autorizado por usted, cuando sea requerido por la ley o en circunstancias de emergencias. Nosotros consideraremos su petición, pero no es legalmente requerido aceptarse.

### **Quejas:**

Si a usted le preocupa el que nosotros hallamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con nuestra decisión que hagamos sobre el acceso a su expediente, usted puede comunicarse con la persona mencionada abajo y hacer una queja por escrito notificándonos a nosotros las razones específicas por su preocupación o desacuerdo.

Usted puede también enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Recursos Humanos de E.U., la Oficina de Derechos Civiles. Para más información usted puede comunicarse con el "OCR" Oficina Central a:

**Director:**  
**Office for Civil Rights**  
**U.S. Department of Health and Human Services**  
**200 Independence Avenue, SW – Room 506-F**  
**Washington, D.C. 20201**

La persona arriba mencionada puede proveerle a usted con información futura sobre su petición. Bajo ninguna circunstancia se hará represaria en contra suya por dar una queja.

### **Deberes Legales de Family First Health:**

Se nos requiere por la ley para proteger la privacidad de su información, proveer esta notificación sobre las prácticas de información y seguir las según descritas en esta notificación.

### **Leyes de Estado:**

Si alguna ley del estado más estricta que HIPAA aplica al uso o divulgación, la práctica cumplirá con la más estricta regulación del estado. La práctica conducirá un análisis caso por caso para determinar si la ley de estado se impone a restricciones más estrictas.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIA  
DE “FAMILY FIRST HEALTH”**

Esta forma es la confirmación del recibo de la Notificación de la Privacía Privada de “Family First Health”.

Yo reconosco que he recibido una copia de la Notificación de la Privacía Privada (notificación) de “Family First Health”.

Yo reconosco que he recibido una copia de la Notificación al momento que yo recibí servicios por un proveedor.

Si tengo preguntas concerniente a esta Notificación, yo puedo comunicarme con mi proveedor y preguntar por el Oficial de Privacía localizado en el **116 South George Street, Suite 301, York, PA 17401 o llamando al 717-801-4806.**

1. Mi información de salud identificable puede ser usada y divulgada para tratamiento, pagos u operaciones de cuidado de salud.
  - a. **Yo, autorizo a Family First Health a desatar informacion protegido de mi salud a los siguientes individuos:**

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Parentesco

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Parentesco

2. La Notificación de Privacía Privada provee una descripción más completa de los tipos de usos y divulgaciones. Yo tengo el derecho de requerir una copia de la Notificación de mi Proveedor.
3. Los términos de la notificación pueden cambiar en cualquier momento. Si la notificación es cambiada, Yo debo contactar al Oficial de Privacía identificado arriba para requerir una notificación.

Firma del Paciente o

Representante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del representante: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Encargado Legal

\_\_\_\_\_ Custodiante Legal

“Family First Health” mantendra esta Notificación y Reconocimiento por seis (6) años de la fecha en que fue firmada.