

**AVISO DE PRÁCTICAS PARA MANTENER SU PRIVACIDAD**  
ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE  
USTED PUEDE SER USADA Y DADA A CONOCER Y CÓMO USTED PUEDE  
OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA  
CUIDADOSAMENTE.

Querido Paciente,

Allergy, Asthma and Immunology Specialists of San Antonio, P.A., es una asociación profesional de Texas operando bajo el nombre de Allergy and Asthma Texas Health (“nosotros”, “nuestro (a, s)”, “práctica”) y entendemos que la privacidad de nuestros pacientes importante. Este “aviso” de prácticas de privacidad aplica a la práctica y a cada uno de nuestros socios nuestra corporación conforme es aplicable.

**Información Protegida de Salud**

Información Protegida de Salud (“IPS”) se refiere a la información acerca de usted y de su salud, la cual puede ser usada para identificarse . Cada vez que usted nos visita, nosotros creamos un récord médico de su información protegida de salud y de los servicios que usted recibe.

**Nuestras obligaciones con respecto a su Información Protegida de Salud**

Reconocemos que la información acerca de usted y su salud es confidencial, y estamos comprometidos a proteger esta información. Este aviso aplica a todos sus récords de salud que nosotros creamos. Nosotros somos requeridos por ley a preservar la privacidad y seguridad de su información protegida de salud. Y aunque no hay una garantía absoluta de privacidad, estamos comprometidos a proteger su privacidad. Nosotros hemos establecido medidas razonables y apropiadas para proteger su información protegida de salud contra usos y métodos de divulgación que no son autorizados. La Ley Federal manda que nosotros hagamos este aviso disponible a usted, y que hagamos un esfuerzo de buena fe en obtener un documento firmado reconociendo que usted ha recibido este aviso. Nosotros también requerimos seguir los términos de este aviso. En el evento de que estemos involucrados en una ruptura de la protección de su información de salud, nosotros le notificaremos a usted inmediatamente.

**Fecha Efectiva de Este Aviso y Cambios Potenciales**

Hola este aviso se hizo efectivo el 11 de noviembre de 2019 y aplica a los récords de salud que hemos creado para usted. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso después de la fecha efectiva. Nosotros podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos acerca de usted. Un nuevo aviso será disponible por solicitud.

**Como Nosotros Podemos Dar a Conocer su Información Protegida de Salud**

Sí ley de Texas y federal permite diseminación de su información protegida de salud. algunos de los métodos de diseminación no requieren su permiso verbal o escrito. La siguiente información describe como nosotros podemos compartir su información protegida de salud. Nosotros podemos típicamente usar o compartir su información protegida de salud en las siguientes maneras:

**Tratamiento**

Nosotros podemos usar su información protegida de salud y compartir la con otros profesionales que lo están tratando. Ejemplo un doctor que lo trata por una lesión pregunta a otro doctor acerca de la condición general de salud.

### **Manejo de Nuestra Organización**

Nosotros podemos usar y compartir su información protegida de salud para el manejo de nuestra práctica, mejorar su cuidado, y contactarlo cuando sea necesario.

Ejemplo: nosotros usamos su información de salud para manejar su tratamiento y servicios.

### **Cobrar por sus Servicios**

Nosotros podemos usar y compartir su información protegida de salud para cobrar y obtener pago de los seguros de salud u otras entidades.

Ejemplo: nosotros damos información acerca de usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

### **Ayuda con Problemas Relacionados a la Seguridad y Salud Pública**

Nosotros podemos compartir su información protegida de salud en ciertas situaciones como lo es en prevención de enfermedad, ayuda con productos que han sido sacados del mercado, reporte de reacciones adversas a medicamentos, sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica y prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquiera.

### **Conducir Investigación**

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

### **Cumpliendo con la Ley**

Nosotros compartiremos su información protegida de salud si la ley estatal o federal lo requiere, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si ellos quieren ver qué estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### **Responder a Solicitudes de Donación de Órganos y Tejido**

Nosotros podemos compartir su información protegida de salud con organizaciones que procuran órganos. Trabajar con un examinador médico o director funerario. Nosotros podemos compartir su información protegida de salud con un coronel, examinador médico, o director funerario cuando un individuo fallece.

### **Atender otras Solicitudes del Gobierno**

Nosotros podemos usar o compartir su información protegida de salud:

- Para reclamo de compensación del trabajador
- Para propósitos de ejecución de la ley o con un oficial de ejecución de la ley
- Con agencias que supervisan la salud para actividades autorizadas por la ley
- para funciones especiales del Gobierno como militar, seguridad nacional, servicios de protección presidencial

### **Responder a Demandas y Acciones Legales**

Nosotros podemos compartir su información protegida de salud en respuesta a una orden de corte o administrativa, oh en respuesta a una citación.

### **¿De qué otra Manera Podemos Usar o Compartir su Información Protegida de Salud?**

Nosotros estamos permitidos o requeridos a compartir su información protegida de salud en otras maneras - usualmente en maneras que contribuyen al beneficio del público, como lo es la salud pública y la investigación. Nosotros tenemos que satisfacer muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para esos propósitos. Nosotros no hemos mencionado cada uso y forma de diseminación en este aviso punto para más información visite:

### **Uso y Dar a Conocer su Información Protegida de Salud con su Consentimiento Verbal**

Para cierta información de salud, usted nos puede decir lo que usted elija que nosotros compartamos. Si usted tiene una preferencia clara y como nosotros compartimos su información en las situaciones descritas abajo, háganos saber. Díganos qué es lo que usted quiere que nosotros hagamos, nosotros seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que

- Compartamos información con su familia como amigos cercanos, u otros involucrados en su cuidado
- Compartir información en una situación de alivio de desastre; e
- Incluir su información en un directorio de hospital

Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo si usted está inconsciente, nosotros podemos proceder y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. Nosotros también podemos compartir su información cuando es necesitado para disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad.

### **Uso y Dar a Conocer su Información Protegida de Salud Requiriendo su Permiso Escrito**

Si hay situaciones que no han sido descritos arriba, nosotros obtendremos su permiso escrito. En estos casos, nosotros nunca compartimos su información protegida de salud a menos de que usted nos de permiso por escrito para:

- Propósitos de mercadotecnia
- Venta de su información y
- Compartir notas de psicoterapia

en el caso de recaudar fondos, nosotros podemos contactarlo para esfuerzos de colección de fondos, pero usted nos puede decir o pedir que ya no lo contactemos de nuevo. Si usted nos da permiso escrito, usted puede cambiar su forma de pensar en cualquier momento. Por favor déjenos saber en escrito si usted cambia de opinión.

### **Sus Derechos con Respecto a su Información Protegida de Salud.**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información protegida de salud creada en nuestra práctica. Esta sección explica algunos de sus derechos y nuestras responsabilidades para asistirle.

#### **Recibir copia electrónica o en papel de su récord medico**

Usted puede pedir recibir una copia electrónica o en papel de su récord médico y otra información protegida de salud que tenemos acerca de usted. Pregúntenos cómo hacer esto. Nosotros proporcionaremos una copia o un resumen de su información protegida de salud, usualmente dentro de 30 días de su solicitud. Nosotros podemos cobrar una cuota razonable.

#### **Pregunte cómo corregir su récord medico**

Usted puede pedirnos que corriamos información protegida de salud acerca de usted que usted piensa es incorrecta o incompleta. Pregunte cómo hacer esto. Nosotros podemos decir no a su solicitud, pero le diremos el por qué en escrito dentro de 60 días.

#### **Solicitud de comunicación confidencial**

Usted puede pedirnos que lo contactemos en una manera específica, por ejemplo a su número de teléfono de casa o de oficina como o mandar correo electrónico a una dirección diferente. Nosotros diremos sí a todas las solicitudes que son razonables.

**Pídanos que limitemos lo que compartimos**

Usted puede pedirnos el no usar o compartir cierta información protegida de salud en conexión con nuestros servicios. Nosotros no estamos requeridos a aceptar su solicitud, y podríamos decir no si afecta su cuidado. Por qué usted está pagando de manera privada por algunos servicios médicos o de salud, usted puede pedirnos que nos abstengamos de compartir información relacionada con esos servicios privados de pago con su plan de seguro de salud. Nosotros respetaremos esa solicitud a menos de que estemos legalmente obligados de otra manera bajo leyes aplicables.

**Recibir una lista de quién ha recibido información**

Usted puede pedir una lista de las veces que nosotros hemos compartido su información protegida de salud por los 6 años antes de la fecha que usted solicite, con quién nosotros compartimos qué y el por qué. Nosotros incluiremos todas las maneras en que hemos dado a conocer excepto aquellas acerca del tratamiento, operaciones de cuidado de salud, y algunas otras formas como las que usted nos ha pedido que hagamos. Nosotros proporcionaremos esta información una vez al año de manera gratuita, pero cobraremos una cuota razonable si usted pide este servicio otra vez dentro de 12 meses.

**Recibir una copia de esta notificación**

Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aún si usted ha aceptado recibir este aviso de manera electrónica. Nosotros proporcionaremos una copia en papel prontamente.

**Escoger que alguien actúe por usted**

Si usted le ha dado a alguien el poder médico o si alguien es su guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer decisiones acerca de su información de salud. Nosotros nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

**Haga preguntas de cómo levantar una queja**

Si usted cree que sus derechos han sido violados punto si usted tiene preguntas acerca de este aviso o si usted cree que sus derechos han sido violados, por favor contáctenos inmediatamente.

La información de contacto de nuestra práctica es  
Allergy & Asthma Texas Health  
atención Dra. Araceli Elizalde  
21727 IH-10 W, Suite 104  
San Antonio, Texas 78257

Usted puede levantar una queja en la oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al enviar una carta a 200 Independence Avenue SW Washington DC, 20201 llamando al 18776966775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

Por favor proporcione tanta información como sea posible para que su preocupación o queja sea investigada con detalle. Nosotros no tomaremos represalias por levantar una queja con nosotros, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Gracias,

Allergy, Asthma and Immunology Specialists of San Antonio, PA.



**ARACELI ELIZALDE, MD**  
Board Certified Adult & Pediatric  
Allergist and Immunologist

*Dra. Araceli Elizalde*

Presidenta ejecutiva

**ALLERGY & ASTHMA TEXAS HEALTH**

**RECONOCIMIENTO DE RECIBIDO DE ESTA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Aviso al “paciente”

Allergy, Asthma and Immunology Specialists of San Antonio, PA, es una asociación profesional de Texas conduciendo negocio como Allergy & Asthma Texas Health (práctica), es requerida a que proporcione el paciente con una copia del aviso de las prácticas de privacidad de la práctica, el cual especifica como la práctica puede usar y dar a conocer la información de salud del paciente.

Por favor firme esta forma para aceptar de recibido este aviso.

El paciente puede declinar firmar este reconocimiento de recibido si así lo desea.

**Yo reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de la práctica.**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**PARA USO OFICIAL SOLAMENTE**

Practice made every effort to obtain written acknowledgment of receipt of the Notice of Privacy Practices from Patient but it could not be obtained because:

- Patient refused to sign.
- Due to an emergency, it was not possible to obtain an acknowledgment.
- Practice was unable to communicate with Patient.

Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_