

## ENTRUST MEDICAL GROUP

### Notificación de Practicas de Privacidad

*A nuestros pacientes.* Ésta notificación explica como su información de salud puede ser usada y distribuida. También explica como puede recibir acceso a su información de salud. Estos reglamentos son requeridos por lo Reglamentos de Privacidad creados como resultado de la Aseguransa de Portabilidad y Acontabilidad de Información de Salud (HIPAA) de 1996.

#### **Nuestro Compromiso a Mantener su Privacidad**

Nuestra oficina esta dedicada a mantener la privacidad de su información de salud. La ley requiere que mantengamos la confidencia de nuestros pacientes y su información.

Sabemos que no es fácil, y que las leyes son complicadas, pero es necesario proveerle con la siguiente información:

#### **Uso y distribución de su información de salud en circunstancias especiales**

**Las siguientes circunstancias pueden requerir que divulguemos su información de salud:**

1. A las autoridades de salud o agencias de salud que estan autorizadas por ley a juntar información.
2. Demandas o procedimíentos similares en respuesta a una orden administrativa u orden de una corte.
3. Si requerido por un oficial de la ley.
4. Cuando sea necesario, para prevenir o reducir un pelgro a su salud o su seguridad, o la salud o seguridad de otro individuo, o al publico en general. En esos casos, la información solo estará disponible a la persona u organización que pueda prevenir el peligro.
5. Si es miembro de las fuersas armadas de los Estados Unidos o las fuersas armadas de otro país (incluyendo a los veteranos) y su información es pedida por las autoridades apropiadas.
6. A oficiales federales para seguridad o inteligencia nacional que estan autorizados por la ley.
7. A instituciones correccionales u oficiales de la policia si esta usted preso o esta bajo la custodia de un oficial de la policia.
8. Para Compensación al Trabajador o programas similares

## **Sus Derechos Sobre su Información de Salud**

1. **Comunicaciones.** Puede pedir que nuestra oficina se comunique con usted en una manera en particular y en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que le hablemos a su casa y no a su trabajo. Seremos flexibles con pedidos razonables.
2. **Puede pedir una restricción en nuestro uso y distribución de su información para su tratamiento, pago u operaciones de salud.** También tiene el derecho a pedirnos que seamos exclusivos en nuestra distribución de su información a ciertas personas involucradas con su cuidado o con el cuidado de sus gastos, ya sea familiares o amigos. No estamos obligados a ceder a su pedido, pero si es que estamos de acuerdo, seremos fieles a dicho acuerdo a menos que este requerido por ley tener que romper el acuerdo dado a una emergencia o cuando la información sea necesaria para su tratamiento.
3. **Tiene el derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información que pueda ser usada para hacer decisiones sobre usted, incluyendo información en su expediente sobre su salud o sobre sus pagos, pero no incluyendo notas de psicoterapia.** Tiene que someter su pedido en carta a ENTRust Medical Group, 714-543-5840.
4. **Puede pedirnos que cambiemos información de su expediente si cree que hay un error o que esta incompleto, solo si la información es para el conocimiento de nuestra oficina.** Para pedir un cambio, puede someter su pedido por escrito y con una válida explicación que soporte su pedido para el cambio. El pedido tiene que ser sometido a ENTRust Medical Group, 714-543-5840.
5. **Tiene el derecho a una copia de esta notificación.** Puede pedirnos una copia de esta notificación cuando usted lo disponga.
6. **Tiene el derecho a hacer una queja.** Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede hacer una queja con nuestra oficina o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para hacer una queja por favor pongase en contacto con ENTRust Medical Group, 714-543-5840. Todas las quejas tienen que ser sometidas por escrito. Usted como nuestro paciente no sera penalizado en ninguna forma.
7. **Tiene el derecho a proveernos con una autorización para otros usos y distribuciones.** Nuestra oficina obtendra su autorización por escrito para circunstancias que no son identificadas por esta notificación o que no sean permitidas por la ley aplicable.

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o nuestra pólisa de privacidad sobre su información de salud por favor pongase en contacto con **ENTRust Medical Group, 714-543-5840.**

### **ENTRUST MEDICAL GROUP**

1140 w. LaVeta, Ste#520

Orange, CA 92868