



Joe McSweyn, O.M.D, C.A. | Pari Vokshori, L.Ac, D.O.M. | Gila Varis, L.Ac, R.N. | Steven Jarsky, L.Ac, D.A.O.M.
Alan Sher, L.Ac | Ellen Elphand L.Ac., Dipl.OM | Aydin Bengisu L.Ac. | Faith Triandos

NOTICIA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta noticia describe cómo puede ser usada y revelada la información médica sobre Ud., y cómo Ud. puede acceder esta información. Por favor, revise cuidadosamente esta Noticia. La privacidad de su información médica es importante para nosotros.

NUESTRO DEBER LEGAL

Se requiere de nosotros, por ley aplicable a nivel federal y estatal, mantener la privacidad de su información médica. También se requiere que le demos a Ud. esta Noticia sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos acerca de su información médica. Nosotros debemos seguir las prácticas de privacidad que están descritas en esta noticia mientras esté en vigencia. Esta Noticia se puso en vigencia el 14-4-03 y quedará en vigencia hasta que la reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta Noticia en cualquier momento, si la ley aplicable lo permite. Nos reservamos el derecho de hacer todos los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de la Noticia efectivos por toda la información médica que mantenemos, incluso la información médica que hemos creado o recibido antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo, cambiaremos esta Noticia y la haremos disponible bajo solicitud.

Ud. puede solicitar una copia de nuestra Noticia en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad o por copias adicionales de esta Noticia, por favor contáctenos usando la información dada al final de esta Noticia.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nosotros usamos y revelamos la información médica sobre Ud. para las operaciones del tratamiento, pago, y asistencia médica. Por ejemplo:

- **Tratamiento:** Podemos usar o revelar su información médica a un médico u otro proveedor de servicios médicos que está dándole tratamiento a Ud.
- **Pago:** Podemos usar o revelar su información médica para obtener pago por servicios medicos que está dándole tratamiento a Ud.
- **Su Autorización:** Además de nuestro uso de su información médica para las operaciones del tratamiento, pago, y asistencia médica, Ud. puede darnos autorización escrita para usar su información médica o revelarla a cualquiera persona por cualquiera razón. Si nos da una autorización de este tipo, Ud. puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún otro uso o revelación permitida por su autorización mientras estaba en vigencia. A menos que nos dé una autorización escrita, no podemos usar ni revelar su información médica por cualquier otra razón aparte de esas descritas en esta Noticia. A Su Familia y Amigos: Nosotros debemos revelar su información médica a Ud., como está descrito en la sección de Derechos del Paciente de esta Noticia. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona hasta el punto necesario para ayudar con su asistencia médica o con el pago de su asistencia médica, pero sólo si Ud. nos da permiso por escrito.



Joe McSweyn, O.M.D, C.A. | Pari Vokshori, L.Ac, D.O.M. | Gila Varis, L.Ac, R.N. | Steven Jarsky, L.Ac, D.A.O.M.
Alan Sher, L.Ac | Ellen Elphand L.Ac., Dipl.OM | Aydin Bengisu L.Ac. | Faith Triandos

- **Personas Involucradas en la Asistencia Médica:** Podemos usar o revelar información médica para comunicar, o ayudar en la comunicación (incluso la identificación o ubicación) a un familiar, su representante personal u otra persona responsable por su cuidado, su ubicación, su condición general, o su muerte. Si Ud. está presente antes del uso o revelación de su información médica, nosotros le proveeremos con la oportunidad de rechazar dichos usos o revelaciones. En el evento de su incapacidad o en las circunstancias de emergencia, revelaremos la información médica basándonos en una determinación de nuestro juicio profesional, revelando sólo la información médica que es directamente pertinente a la involucración de la persona con su asistencia médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con las prácticas comunes para hacer inferencias razonables de su mejor interés en dejar a una persona de recoger medicamentos, suministros médicos, rayos-X u otras formas parecidas de información médica.
- **Marketing de los Servicios Médicos:** Nosotros NO usaremos su información médica para las comunicaciones de marketing sin su autorización escrita.
- **Requerido por Ley:** Nosotros podemos usar o revelar su información médica cuando seamos requeridos a hacerlo por ley.
- **Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su información médica a las autoridades apropiadas si tenemos razón para creer que Ud. es víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica, o es posible víctima de otros crímenes. Podemos revelar su información médica al punto necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otras personas.
- **Seguridad Nacional:** Podemos revelar a las autoridades militares la información médica del personal de Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a un funcionario federal autorizado la información médica requerida por la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a una institución penal o agente de orden público que tenga tutela legal de la información médica protegida de un preso o paciente bajo ciertas circunstancias.
- **Recordatorios de Citas:** Podemos usar o revelar su información médica para proveerle con recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

- **Acceso:** Ud. tiene el derecho de ver u obtener copias de su información médica, y, con ciertas excepciones, Ud. puede solicitar que proveamos copias en otro formato además de fotocopias. Nosotros usaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de manera práctica. (Ud. debe hacer una solicitud escrita para obtener acceso a su información médica. Puede obtener una forma para solicitar acceso por usar la información de contacto dada al final de esta Noticia.) Nosotros le cobraremos gastos administrativos razonables, basados en los costos a nuestra oficina, como los incurridos por fotocopias y el tiempo de nuestros empleados. Ud. también puede solicitar acceso enviando una carta a la dirección señalada al final de esta Noticia. Si solicita copias, le cobraremos de \$15.00 a \$25.00 por cada archivo, según el tamaño y gastos de envío, si quiere que se las mandemos a Ud. Contáctenos usando la información señalada al final de esta Noticia para una explicación detallada de nuestra estructura de pagos



Joe McSweyn, O.M.D, C.A. | Pari Vokshori, L.Ac, D.O.M. | Gila Varis, L.Ac, R.N. | Steven Jarsky, L.Ac, D.A.O.M.
Alan Sher, L.Ac | Ellen Elphand L.Ac., Dipl.OM | Aydin Bengisu L.Ac. | Faith Triandos

- Explicación de revelaciones: Ud. tiene el derecho de recibir una lista de casos a los cuales nosotros o nuestros asociados de negocios hemos revelado su información médica para propósitos aparte del tratamiento, pago, operaciones de asistencia médica y ciertas otras actividades, por los últimos seis años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si solicita esta explicación más de una vez cada 12 meses, le cobraremos un gasto razonable, basado en los costos a nuestra oficina, por responder a estas solicitudes adicionales.
- **Restricción:** Ud. tiene el derecho de solicitar que imponamos restricciones adicionales a nuestro uso o revelación de su información médica. No necesitamos acceder a estas restricciones adicionales, pero, si lo hacemos, seguiremos nuestro acuerdo (excepto en casos de emergencia).
- **Comunicación Alternativa:** Ud. tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con Ud. sobre su información médica por maneras alternativas o a direcciones alternativas. (Ud. debe hacer su solicitud por escrito.) Su solicitud necesita especificar la manera o la dirección alternativa, y proveer una explicación satisfactoria sobre cómo serán tratados los pagos bajo la manera o dirección alternativa que solicita.
- **Enmienda:** Ud. tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información médica. (Su solicitud necesita ser por escrito, y tiene que explicar por qué la información debe ser modificada.) Nosotros podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

PREGUNTAS Y RECLAMOS

Si Ud. requiere más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor contáctenos.

Si le preocupa que nosotros pudiéramos haber violado sus derechos de privacidad, o si disiente de una decisión que hemos tomado sobre el acceso a su información médica, o en respuesta a una solicitud que hizo Ud. para modificar o restringir el uso o revelación de su información médica, o una solicitud para comunicar por medios alternativos o a direcciones alternativas, puede reclamar usando la información de contacto dada al final de esta Noticia. También puede entregar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE.UU. Le proveeremos la dirección para entregar su reclamo con el Departamento de Salud y Servicios Sociales, bajo solicitud.

Nosotros apoyaremos su derecho a la privacidad de su información médica. No contraatacaremos en ninguna manera si Ud. elige de entregar una reclamación con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los E.E.U.U.

Funcionario de contacto: Faith Triandos, para la oficina de M.M. Van Benschoten O.M.D., C.A. INC. y Asociados



Joe McSweyn, O.M.D, C.A. | Pari Vokshori, L.Ac, D.O.M. | Gila Varis, L.Ac, R.N. | Steven Jarsky, L.Ac, D.A.O.M.
Alan Sher, L.Ac | Ellen Elphand L.Ac., Dipl.OM | Aydin Bengisu L.Ac. | Faith Triandos

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTICIA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Ud. puede negarse a firmar este Reconocimiento

Yo consiento en que _____ puede
___ Hacer citas por mi parte
___ Hablar com mi médico
___ Usar mi tarjeta de crédito _____ - _____ - _____ - _____ exp ___ / ___ crv _____

Yo, (letras de molde) _____ he recibido una copia de la Noticia de Prácticas de Privacidad de eata oficina.

Firma: _____ Fecha: _____

Solo Para el Uso de la Oficina

Nosotros hemos intentado obtener reconocimiento escrito de recibo de nuestra Noticia de Prácticas de Privacidad, pero el recoocimiento no se pudo obtener porque:

- La persona se negó a firmar.
- Hubo dificultades de comunicación que impidieron obtener el reconocimiento.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento.
- Otra razón (explique, por favor) _____