



BoozmanHof
WORLD CLASS EYE CARE

Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de vigencia: 13 de febrero de 2025

Puede solicitar una copia de cualquier versión revisada de este Aviso o información sobre leyes estatales específicas enviando una solicitud por correo a nuestro **Oficial de Privacidad** a la siguiente dirección:

Dirección postal: PO Box 1353, Rogers, AR 72757

Teléfono: (479) 246-1700

Fax: (479) 845-0483

Correo electrónico: admin@boozmanhof.com

Acerca de este Aviso

Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad de la información médica protegida de nuestros pacientes (“PHI”, por sus siglas en inglés) y a proporcionarles este aviso que explica nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto a dicha información.

Debemos cumplir con los términos de este Aviso mientras permanezca en efecto. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso cuando sea necesario y de aplicar un nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad a toda la información médica protegida que mantengamos.

También estamos obligados a notificarle en caso de que ocurra una violación de la seguridad de su información médica protegida no asegurada. Además, debemos informarle si existe alguna ley estatal relacionada con la privacidad de su información médica que sea más estricta que las normas federales establecidas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (“HIPAA”, por sus siglas en inglés). Puede solicitar una copia de cualquier versión revisada de este Aviso o información sobre leyes estatales específicas enviando una solicitud por correo a nuestro Oficial de Privacidad a la siguiente dirección:

Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información Médica Protegida (PHI)

A continuación se describen las diferentes maneras en que podemos usar o divulgar su información médica protegida (“PHI”):

Para Tratamiento

Podemos usar su PHI para brindarle tratamiento médico o servicios y para coordinar su atención médica.

Por ejemplo, podemos compartir información médica con doctores, enfermeras, técnicos u otros profesionales involucrados en su cuidado, incluyendo especialistas o médicos externos a nuestra práctica.

Para Pago

Podemos usar y divulgar su PHI para facturar los servicios médicos que haya recibido y para cobrar el pago correspondiente a usted, a su compañía de seguros o a un tercero.

Por ejemplo, podemos proporcionar a su plan de salud la información necesaria sobre su tratamiento para que éste pague los servicios. También podemos comunicarnos con su plan de salud antes de un procedimiento para confirmar si el plan cubrirá el tratamiento.

Si una factura está vencida, podríamos compartir la información necesaria con una agencia de cobro o con agencias de crédito, únicamente en la medida necesaria para recuperar el pago.

Para Operaciones del Cuidado de la Salud

Podemos usar y divulgar su PHI para las operaciones administrativas y de gestión de nuestra práctica médica.

Por ejemplo, podríamos usar su información para evaluar el desempeño de nuestro personal, controlar la calidad de los servicios, realizar auditorías o gestionar actividades de control de costos. También podríamos compartir su información con otras entidades de atención médica, como su aseguradora, para fines relacionados con revisiones de calidad o auditorías.

Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento y Servicios Relacionados con la Salud

Podemos usar o divulgar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle citas médicas, o para informarle sobre opciones de tratamiento, alternativas o beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Menores de Edad

Podemos divulgar la PHI de menores a sus padres o tutores legales, a menos que la ley prohíba expresamente dicha divulgación.

Representante Personal

Si usted tiene un representante personal —por ejemplo, un tutor legal o, en caso de fallecimiento, el ejecutor o administrador de su patrimonio— trataremos a esa persona como si fuera usted, en lo que respecta a la divulgación de su PHI.

Cuando lo Requiera la Ley

Divulgaremos su PHI cuando sea necesario para cumplir con leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad

Podemos usar o divulgar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad de otras personas. La información solo se compartirá con personas o entidades que puedan ayudar a prevenir dicha amenaza.

Asociados Comerciales

Podemos divulgar su PHI a nuestros **asociados comerciales** (empresas o contratistas que realizan funciones o servicios en nuestro nombre) cuando la información sea necesaria para esas actividades.

Por ejemplo, podríamos contratar otra empresa para realizar facturación, transcripciones o servicios de consultoría. Todos nuestros asociados comerciales están obligados, por contrato, a proteger la privacidad de su PHI.

Donación de Órganos y Tejidos

Si usted es donante de órganos o tejidos, podemos usar o divulgar su PHI a organizaciones encargadas de la obtención o el trasplante de órganos (como bancos de donación) para facilitar el proceso de donación y trasplante.

Militares y Veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI conforme lo soliciten las autoridades militares. También podremos divulgarla a autoridades militares extranjeras si usted pertenece a una fuerza armada extranjera.

Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation)

Podemos usar o divulgar su PHI para programas de compensación laboral u otros programas similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la Salud Pública

Podemos divulgar su PHI para actividades de salud pública, incluyendo lo siguiente:

1. A la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para temas de calidad, seguridad o eficacia de productos o actividades reguladas.
2. Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
3. Para reportar nacimientos y defunciones.
4. Para informar sobre abuso o negligencia infantil.
5. Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos.
6. Para notificar sobre retiros o alertas de productos.
7. Para notificar a personas expuestas o en riesgo de contraer o propagar una enfermedad.
8. A las autoridades correspondientes si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, y la ley así lo exige o autoriza.

Actividades de Supervisión Sanitaria

Podemos divulgar su PHI a agencias gubernamentales de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, procesos de licencia y otras actividades necesarias para monitorear el sistema de atención médica, programas gubernamentales o cumplimiento de leyes de derechos civiles.

Demandas y Litigios

Si usted está involucrado en una demanda o disputa legal, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información ante citaciones,

solicitudes de descubrimiento u otros procesos legales, siempre que se le haya notificado o se haya emitido una orden de protección de la información solicitada.

Asimismo, podremos usar o divulgar su PHI para defendernos si usted presenta una demanda contra nosotros.

Cumplimiento de la Ley (Law Enforcement)

Podemos divulgar su PHI si es solicitada por autoridades policiales en las siguientes circunstancias:

- En respuesta a órdenes judiciales, citaciones, mandatos o procesos similares.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida.
- Respecto a la víctima de un delito.
- En relación con una muerte que pueda deberse a un acto delictivo.
- Por actividad delictiva ocurrida en nuestras instalaciones.
- En circunstancias de emergencia, para informar sobre un delito, su ubicación, las víctimas o la identidad del responsable.

Seguridad Nacional

Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional, incluyendo la protección del Presidente u otras figuras oficiales conforme lo permita la ley.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores Funerarios

Podemos divulgar su PHI a médicos forenses, examinadores o directores de funerarias cuando sea necesario para que puedan cumplir con sus funciones.

Reclusos

Si usted es un recluso o está bajo custodia de una autoridad policial, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o a las autoridades pertinentes cuando sea necesario para:

1. Proporcionarle atención médica,

2. Proteger su salud o la de otras personas, o
3. Garantizar la seguridad del establecimiento.

Usos y Divulgaciones que Requieren que le Ofrezcamos la Oportunidad de Oponerse o Excluirse

Personas Involucradas en su Atención o en el Pago de su Atención

Podemos divulgar su información médica protegida (PHI) a una persona involucrada en su atención médica o en el pago de su tratamiento, como un familiar o amigo, siempre que la información sea relevante para su participación en su atención o en el pago de su atención.

Siempre que sea posible, le daremos la oportunidad de **oponerse o excluirse** de este tipo de divulgaciones. Si usted está incapacitado, enfrenta una emergencia médica o no puede expresar sus preferencias, podremos divulgar su PHI si creemos que hacerlo es lo mejor para usted.

Asistencia en Casos de Desastre

Podemos divulgar su PHI a organizaciones de ayuda en casos de desastre (como la Cruz Roja u otras agencias) que busquen coordinar su atención o notificar a familiares y amigos sobre su ubicación o condición en una situación de emergencia.

Le ofreceremos la oportunidad de **aceptar u oponerse** a dicha divulgación cuando sea posible.

Usos y Divulgaciones que Requieren su Autorización por Escrito

Ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI) **solo pueden realizarse con su autorización por escrito.**

Marketing y Venta de Información Médica (PHI)

No utilizaremos ni divulgaremos su información médica con fines de **mercadotecnia** ni realizaremos ninguna divulgación que constituya una **venta de su información médica** sin su consentimiento por escrito.

Otros Usos y Divulgaciones No Cubiertos por este Aviso

Cualquier otro uso o divulgación de su información médica que no esté descrito en este Aviso, o que no esté permitido o exigido por la ley, **requerirá su autorización por escrito.**

Si usted nos otorga una autorización, **puede revocarla en cualquier momento** enviando una solicitud de revocación por escrito a nuestro **Oficial de Privacidad.**

Una vez recibida su revocación, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información conforme a esa autorización.

Sin embargo, cualquier divulgación que hayamos realizado **antes de recibir su revocación** no se verá afectada y seguirá siendo válida conforme a la ley.

Protección Especial para Información sobre VIH, Abuso de Sustancias, Salud Mental y Datos Genéticos

Existen **protecciones de privacidad adicionales** que aplican a ciertos tipos de información médica, incluyendo:

- Resultados o tratamientos relacionados con el **VIH o el SIDA,**
- Información sobre **abuso de alcohol o drogas,**
- Registros de **salud mental o psiquiátrica,** y
- **Información genética.**

Algunas partes de este Aviso general pueden **no aplicarse** a estos tipos de información. Para conocer las protecciones específicas que sí aplican, comuníquese con nuestro **Oficial de Privacidad.**

Por ejemplo:

Si se le realiza una prueba para determinar si ha estado expuesto al VIH, **no divulgaremos el hecho de que usted se haya realizado dicha prueba ni los resultados** a ninguna persona sin su consentimiento por escrito, salvo que la ley lo exija.

Estas reglas especiales garantizan que su información médica más sensible sea tratada con el **más alto nivel de confidencialidad** conforme a la legislación aplicable.

Sus Derechos con Respecto a su Información Médica Protegida (PHI)

Usted tiene varios derechos, sujetos a ciertas limitaciones legales, en relación con su información médica protegida. A continuación, se describen estos derechos y cómo puede ejercerlos:

Derecho a Inspeccionar y Obtener Copias

Usted tiene derecho a **revisar y/o solicitar una copia** de la información médica protegida que usamos para tomar decisiones sobre su atención o sobre los pagos relacionados con su atención médica.

No tiene derecho a acceder a notas de psicoterapia.

Podemos cobrarle una **tarifa razonable** que cubra los costos de copiado, envío por correo o los suministros necesarios para completar su solicitud. No se le cobrará ninguna tarifa si la información se necesita para tramitar beneficios bajo la Ley del Seguro Social o bajo programas estatales o federales basados en necesidad.

Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas. Si su solicitud es denegada, usted tiene derecho a solicitar una **revisión** de la decisión por parte de un profesional de la salud con licencia que no haya participado en la denegación. Cumpliremos con el resultado de dicha revisión.

Derecho a una Copia Electrónica de sus Registros Médicos

Si su información médica se mantiene electrónicamente (por ejemplo, en un expediente médico electrónico), usted tiene derecho a solicitar una **copia electrónica** de su registro o a pedir que dicha información sea enviada electrónicamente a otra persona o entidad.

Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos de mano de obra asociados con la copia o transmisión de su información médica electrónica.

Para hacer esta solicitud, deberá enviar una **solicitud por escrito** a nuestra oficina indicando la información de contacto del destinatario autorizado para recibir su información médica.

Derecho a Ser Notificado en Caso de Violación de Seguridad

Estamos obligados a notificarle, por correo postal o electrónico (según su preferencia), si ocurre una **violación de seguridad** que involucre su información médica protegida no asegurada.

Derecho a Solicitar Enmiendas o Correcciones

Si considera que la información médica que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede solicitar una **enmienda o corrección**.

La solicitud debe hacerse por escrito a nuestro **Oficial de Privacidad** e incluir el motivo de su petición.

Podemos denegar su solicitud si:

1. No está presentada por escrito o no explica la razón del cambio,
2. La información no fue creada por nuestra clínica,
3. La información no forma parte de los registros que mantenemos,
4. La información no puede ser revisada por usted conforme a la ley, o
5. La información es precisa y completa.

Si denegamos su solicitud, puede enviar una **declaración escrita de desacuerdo**, la cual se agregará a su expediente médico. Nosotros también podemos incluir una **declaración de réplica**.

Derecho a un Registro de Divulgaciones (Accounting of Disclosures)

Usted tiene derecho a solicitar un **informe de divulgaciones**, que es una lista de las divulgaciones de su información médica realizadas por nosotros.

No estamos obligados a incluir divulgaciones hechas:

- Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica,
- Con su autorización por escrito,
- Para crear conjuntos de datos limitados, o
- Directamente a usted.

Debe presentar su solicitud por escrito a nuestro **Oficial de Privacidad** e indicar el período de tiempo que desea revisar (no mayor a seis años previos a la fecha de su solicitud).

Su primera solicitud dentro de un período de 12 meses será gratuita; para solicitudes adicionales dentro del mismo período, podremos cobrar una tarifa razonable. Le informaremos el costo antes de procesar la solicitud, para que pueda modificarla o retirarla si lo desea.

Derecho a Solicitar Restricciones

Usted puede solicitar una **restricción o limitación** sobre cómo usamos o divulgamos su información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que limitemos la información divulgada a familiares o amigos involucrados en su atención o en el pago de su tratamiento.

No estamos obligados a aceptar todas las solicitudes, pero si aceptamos una, cumpliremos con ella salvo en casos de emergencia médica o si decidimos terminar el acuerdo.

Derecho a Restringir Ciertas Divulgaciones a su Plan de Salud

Tiene derecho a solicitar que no se comparta cierta información médica con su plan de salud si:

1. La divulgación se hace para fines de pago u operaciones administrativas, y
2. Usted pagó el servicio de su propio bolsillo en su totalidad.

Cumpliremos con esta solicitud salvo que la ley exija lo contrario.
Debe realizar esta solicitud **en el momento del servicio**.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted **de manera confidencial**, por ejemplo, a una dirección especial o a un número de teléfono determinado.

Esta solicitud debe hacerse por escrito e indicar **cómo y dónde** desea ser contactado.
Atenderemos todas las solicitudes razonables y **no le pediremos que explique el motivo** de su solicitud.

Derecho a una Copia Impresa de este Aviso

Usted tiene derecho a recibir una **copia impresa** de este Aviso, incluso si ha aceptado recibirlo por medios electrónicos. Puede solicitar una copia en cualquier momento o descargarla desde nuestro sitio web: www.BoozmanHof.com.

Versión en Otro Idioma

Si tiene dificultad para leer o entender inglés, puede solicitar una copia de este Aviso en **español**.

Boletines y Otras Comunicaciones

Podemos usar su información médica para enviarle boletines, correos u otras comunicaciones sobre opciones de tratamiento, programas de bienestar, manejo de enfermedades o actividades comunitarias en las que participe nuestra clínica.

Cómo Ejercer Sus Derechos

Para ejercer cualquiera de los derechos descritos en este Aviso, deberá enviar su solicitud **por escrito** a nuestro **Oficial de Privacidad** a la dirección indicada al inicio de este documento.

Podemos pedirle que complete un **formulario oficial** que le proporcionaremos para procesar su solicitud correctamente.

Si desea recibir una copia impresa de este Aviso, también puede comunicarse con nuestro **Oficial de Privacidad** por teléfono o correo electrónico.

Cambios a Este Aviso

La **fecha de vigencia** de este Aviso se indica al inicio del documento.

Nos reservamos el derecho de **modificar este Aviso** en cualquier momento. Cualquier cambio que realicemos puede aplicarse tanto a la información médica que ya tengamos como a la que recibamos o generemos en el futuro.

Una copia actualizada de este Aviso estará disponible en todo momento en nuestra oficina y en nuestro sitio web oficial.

Quejas o Reclamos

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una **queja o reclamo** ante nosotros o ante el **Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS)**.

Para presentar una queja ante nosotros, comuníquese con nuestro **Oficial de Privacidad** a la dirección indicada al inicio de este Aviso.

Todas las quejas deben hacerse **por escrito** y presentarse dentro de los **180 días** posteriores a la fecha en que usted supo o debió haber sabido de la posible violación.

No habrá **represalias** ni acciones negativas en su contra por presentar una queja o ejercer sus derechos de privacidad.