

**NOTIFICACIÓN DE HIPAA DE DERECHOS DE  
PRIVACIDAD DEL PACIENTE**

---

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN  
MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE USTED  
ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

---

LSUHSC School Based Health Clinic at **New Orleans Charter Science and Math** y el **Departamento de Salud de Nueva Orleans (NOHD)** entienden que la información médica acerca de usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información médica. Creamos un expediente de los servicios de cuidado y análisis que usted recibe. Este expediente es necesario para proporcionarle cuidado de alta calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación aplica a todos los expedientes relacionados con su cuidado generados y mantenidos por LSUHSC School Based Health Clinic at **New Orleans Charter Science and Math**

Esta notificación le informará cómo podemos usar o divulgar información suya. No todas las situaciones serán descritas. Se nos requiere darle una notificación de nuestras políticas de privacidad en cuanto a la información que recolectamos y guardamos acerca de usted. Se nos requiere seguir los términos de la notificación actualmente vigente.

La ley requiere que:

- Hagamos lo posible para mantener privada cualquier información médica que lo identifique como individuo;
- Le entreguemos esta notificación de nuestros deberes legales y políticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Sigamos los términos de esta notificación que actualmente está en efecto.

***Cómo Podemos Usar y Divulgar Información Médica Acerca de Usted.***

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras que usamos y divulgamos información médica. No todos los usos y divulgaciones de una categoría serán listados. Sin embargo, todas las maneras que se nos permite usar y divulgar información caerán en una de estas categorías.

- **Tratamiento.** Podemos usar información médica acerca de usted para proporcionarle tratamiento o servicio médico. Podemos divulgar información médica acerca de usted a los diferentes profesionales dentro de LSUHSC School Based Health Clinic at **New Orleans Charter Science and Math and NOHD** para coordinar diferentes tipos de cuidado y las cosas que le harán falta. También podemos divulgar información médica acerca de usted a personas fuera de LSUHSC School Based Health Clinic at **New Orleans Charter Science and Math**, quienes puedan estar involucrados en su cuidado como por ejemplo miembros de su familia.
- **Operación de Instalaciones de Asistencia Médica.** Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted para el funcionamiento de la Clínica de LSUHSC School Based

Health Clinic at **New Orleans Charter Science and Math**. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el manejo de la clínica y para asegurar que todos los pacientes reciban cuidado de alta calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestros profesionales y/o personal al cuidarlo.

- **Seguro/Reembolso.** Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted para obtener pago de su compañía de seguro médico por el cuidado que se le haya proporcionado.
- **Tal Como Requiere la Ley.** Divulgaremos información médica acerca de usted siempre que la ley federal, estatal o local nos lo requiere.
- **Para Evitar Cualquier Amenaza Grave a su Salud o Bienestar.** Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Pero, cualquier divulgación sería únicamente a una persona quien pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- **Actividades de Supervisión de Salud.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley para inspeccionar o investigar profesionales médicos.
- **Agentes Judiciales.** Podemos comunicar información médica si nos lo pide un agente judicial: como parte de una orden judicial, una citación, una orden de allanamiento, un citatorio o proceso similar; para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida; respecto a la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos conseguir un acuerdo de esa persona.

### *Sus Derechos En Cuanto a Información Médica Acerca de Usted*

Usted tiene los siguientes derechos en cuanto a información médica que mantenemos acerca de usted:

- **Derecho de Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar parte de la información médica que puede ser usada para tomar decisiones respecto a su cuidado. Si pide una copia de la información, puede ser que le cobremos por copiar, mandar u otros gastos asociados con su solicitud.
- **Derecho de Enmendar.** Si siente que la información médica que tenemos acerca de usted está incorrecta o incompleta, puede pedir enmendar la información a su expediente. Debe solicitarlo por escrito y dar un motivo por su pedido. Podemos negar su solicitud por una enmienda si no es entregada por escrito o si no contiene un motivo que explique el pedido. También podemos negar su solicitud si nos pide enmendar información que:
  - No fue creada por nosotros, al menos que la persona o la entidad que la creó ya no esté disponible para hacer la enmienda;
  - No forma parte de la información médica mantenida por o para la clínica/escuela;
  - No forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o está certera y completa.

- **Derecho a Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de pedir una lista de las divulgaciones. Esto es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información médica acerca de usted. Debe solicitarla por escrito y debe especificar un plazo de tiempo.
- **Derecho a Pedir Restricciones.** Usted tiene el derecho de pedir una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos acerca de usted por motivos de tratamiento, u operaciones de instalaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de pedir que se limite la información médica acerca de usted que le divulgamos a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un miembro de su familia o un amigo. *No se nos requiere cumplir con su solicitud.* Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud.
- **Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted respecto a asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que únicamente lo contactemos en su trabajo o por correo.
- **Comunicación Electrónica.** Si usted pide que la información sea transmitida electrónicamente, por favor sepa que su información privada puede estar desprotegida. No podemos garantizar que cualquier información que usted reciba de parte nuestra sea recibida por una red segura. Tomaremos todas las precauciones necesarias de nuestra parte para proteger su privacidad.

### ***Cambios a esta Notificación***

Reservamos el derecho de cambiar esta notificación. Reservamos el derecho de hacer que la notificación actualizada o cambiada aplique a la información médica que ya tenemos acerca de usted, así como cualquier información que vayamos a recibir en el futuro. Además, cada vez que se inscriba, puede obtener una copia de la notificación vigente.

### ***Quejas/Querellas***

Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido transgredidos, puede presentar una querella con LSUHSC School Based Health Clinic at **New Orleans Charter Science and Math** o con el Departamento de Salud de Nueva Orleans (504) 658-2500. No será sancionado por presentar una querella.

### ***Revocando Permiso de Divulgar Información Médica***

Si usted nos da permiso de usar o divulgar información médica acerca de usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca el permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica acerca de usted por los motivos cubiertos por su autorización escrita. Usted entiende que no podemos retirar divulgaciones ya hechas con su permiso, y que se nos requiere retener nuestros expedientes del cuidado que le hemos brindado.

Al firmar a continuación, está afirmando que ha recibido la **NOTIFICACIÓN DE HIPAA DE DERECHOS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE** aquí incluida. Por favor devuelva solo esta página con su firma.

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ALUMNO(S) / GRADO(S):

---

---

---

---

---

---

---

---