

# McKinney Pediatrics

Robert C. Neal, MD \* Daniel T. Vernier, MD \* Rita K. Yu, MD \* Jan Wheat, RN, MS, FNP-C  
1872 N. Lake Forest Dr., McKinney, Texas 75071, T: 972.548.0758, F: 972.548.0425

## Aviso de Prácticas de Privacidad Resumen

Este aviso de privacidad Resumen describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley.

1. Usos y divulgaciones de información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago y / o operaciones de cuidado de la salud.
2. Usos Permitidos y Requeridos y Revelaciones que se pueda hacer **con** su autorización y la oportunidad de oponerse.
  - a. Podemos usar y divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su consentimiento:
    - i. Fondo para Directorios
    - ii. Notas de psicoterapia (para TPO)
    - iii. Mercadeo
    - iv. Emergencias
    - v. Otros involucrados en su cuidado de salud
3. Usos Permitidos y Requeridos y Revelaciones que se pueda hacer **sin** su autorización y la oportunidad de oponerse.
  - a. Podemos usar y divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su consentimiento:

i. Requerido por la Ley	X. Los reclusos
ii. Salud Pública	XI. Compensación de los Trabajadores
iii. Enfermedades Transmisibles	xii. FDA
iv. Supervisión de la Salud	xiii. Actividad Militar y Seguridad Nacional
v. Procedimientos legales	xiv. Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos
vi. Abuso o negligencia	xv. Usos y Revelaciones
vii. Aplicación de la ley	
viii. Actividad criminal	
ix. Investigación	

### Sus Derechos

1. Lo que sigue es una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida y cómo puede ejercer estos derechos. Usted tiene el derecho a:
  - a. Solicitud de inspeccionar y copiar su información médica protegida
  - b. Solicitar una restricción de su información protegida de salud
  - c. Solicitud para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa
  - d. Solicite a su médico enmiende su información médica protegida
  - e. Recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, en su caso, de su información protegida de salud
  - f. Obtener una copia impresa de este aviso de nosotros

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas, este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de salud. Si tiene alguna objeción a esta forma, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal.

Firma a continuación es sólo un reconocimiento que usted ha recibido esta notificación de nuestras



Impreso con nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Impreso Nombre del Responsable

Firma Relación con el Paciente

Fecha