

ESTE DOCUMENTO ES UN PATRON SOLAMENTE. NO REFLEJA LOS REQUISITOS DE LAS LEYES DE SU ESTADO. DEBERA CONSULTAR CON SUS CONSEJEROS (UNA SOCIEDAD O ASOCIACION MEDICA O ESPECIALIZADA, O SU ABOGADO O ASESOR) QUE ESTEN FAMILIARIZADOS CON LAS LEYES DE PRIVACIDAD DE SU ESTADO ANTES DE UTILIZAR ESTE DOCUMENTO.

EXHIBICION 3

BRUCE D. GORLICK, D.P.M., FACFAS

BRUCE D. GORLICK, D.P.M., FACFAS AVISO ACERCA DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD
Como es requerido por los reglamentos de privacidad creados como resultado del Acta de la Portabilidad y la Responsabilización de las Aseguranzas de Salud de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés)

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION SOBRE SU SALUD (PREGUNTELE AL PACIENTE DE ESTA OFICINA) PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A SU INFORMACION DE SALUD INDIVIDUAL IDENTIFICABLE.

**FAVOR DE ESTUDIAR ESTE AVISO
CUIDADOSAMENTE**

A. NUESTRA DEDICACION A SU PRIVACIDAD

Nuestra oficina está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud individual identificable (IIHI por sus siglas en inglés). Al manejar nuestra práctica, crearemos archivos sobre usted y sobre los tratamientos y servicios que recibe. Estamos obligados por la ley el mantener la confidencialidad de la información de salud que identifica a su persona.. También estamos obligados por la ley el proveerle este aviso respecto a nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en su práctica respecto a su IIHI. Bajo las leyes federales y estatales, tenemos que atenernos a las condiciones del aviso de las prácticas de privacidad que están en vigencia en ese momento.

Reconocemos que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveerle la siguiente información importante:

- Cómo podemos utilizar y divulgar su IIHI
- Sus derechos de privacidad en su IIHI
- Nuestras obligaciones respecto al uso y la divulgación de su IIHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los archivos conteniendo su IIHI que son creados y llevados por nuestra oficina. Reservamos el derecho de modificar o enmendar este Aviso Acerca de las Prácticas de Privacidad. Cualquier modificación o enmienda a este aviso entrará en vigor para todos los archivos que nuestra oficina haya creado o llevado en el pasado, y para culaquier record que podramos crear o llevar en el futuro.

Nuestra oficina situará una copia del Aviso en vigencia en una ubicación siempre visible en nuestras oficinas, y usted puede pedir una copia del Aviso más actual en cualquier momento.

B. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE AVISO, COMUNIQUESE CON:

HIPPA Practices Administrator
3939 J Street #200
Sacramento, CA 95819
(916) 733-6874

C. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD INDIVIDUAL IDENTIFICABLE (IIHI) DE LAS SIGUIENTES MANERAS:

Las siguientes categorías describen maneras diferentes en las cuales podemos utilizar o divulgar su información de salud identificable.

1. Tratamiento. Nuestra oficina puede utilizar su IIHI para darle tratamiento. Por ejemplo, puede que le pidamos que se haga exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre y orina), y puede que utilicemos aquellos resultados para ayudarnos a diagnosticarlo. Puede que utilicemos su IIHI para escribirle una receta médica, o quizás podríamos divulgar su IIHI a la farmacia cuando le ordenamos una receta médica. Muchas de las personas que trabajan para nuestra oficina – incluyendo a los doctores y las enfermeras- podrían utilizar o divulgar su IIHI para otorgarle tratamiento o para ayudarle a otros en su tratamiento. También, puede que divulguemos su IIHI a otros que podrían darle asistencia en su cuidado , como su cónyuge, hijos, o padres.

2. Pago. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su IIHI para facturar o cobrar por los servicios y artículos que recibe de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguranza de salud para certificar que tiene derecho a beneficios (y para qué gama de beneficios), y podemos proveerle detalles a su aseguranza respecto a su tratamiento para determinar si su aseguranza lo cubrirá, o pagará por su tratamiento. También puede que utilicemos o divulguemos su IIHI para obtener pago de terceros, quienes podrían ser responsables por los gastos, tales como miembros de su familia. También podemos utilizar su IIHI para cobrarle directamente por servicios y artículos.

3. Operaciones del Cuidado de la Salud. Nuestra oficina puede utilizar su IIHI para llevar a cabo la operación de nuestro negocio. Ejemplos de cómo podríamos utilizar y divulgar su información para efectuar nuestras operaciones serían si nuestra oficina usa su IIHI para evaluar la calidad del cuidado de salud que recibió por parte de nosotros, o para efectuar actividades para administrar costos o planes de negocios para nuestra oficina.

OPCIONAL:

4. Recordarle las Citas. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su IIHI para comunicarse con usted y recordarle que tiene una cita.

OPCIONAL:

5. Opciones de otros Tratamientos. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su IIHI para informarle sobre opciones potenciales de tratamientos u otras alternativas.

OPCIONAL:

6. Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su IIHI para informarle sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle a usted.

OPCIONAL:

7. Revelar su Información a Familia/Amistades. Nuestra oficina puede revelar su IIHI a una amistad o a un familiar que esté involucrado en su cuidado, o quien ayuda a cuidarlo. Por ejemplo un padre o guardián puede pedirle a la niñera que lleve al niño a la oficina de un pediatra para el tratamiento de un resfrío. En este ejemplo, la niñera puede que tenga acceso a la información médica del niño.

8. Divulgación Requerida por la Ley: Esta oficina utilizará y divulgará su IIHI cuando las leyes federales, estatales o locales nos obliguen a hacerlo.

D. UTILIZACION Y DIVULGACION DE SU IIHI EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Las siguientes categorías describen situaciones extraordinarias en las cuales podemos utilizar o revelar su información de salud identificable:

1. Riesgos de Salud Pública. Nuestra oficina puede divulgar su IIHI a las autoridades de la salud pública que están autorizadas por ley para juntar información para el propósito de:

- Mantener registros vitales, tales como nacimientos y fallecimientos
- Reportar abuso o abandono de niños
- Prevenir o controlar una enfermedad, lesión, o incapacidad
- Notificar a una persona respecto a la exposición potencial de una enfermedad contagiosa
- Notificar a una persona respecto a un riesgo potencial de comunicar o contraer una enfermedad o condición
- Reportar reacciones a ciertas drogas o problemas con productos o aparatos
- Notificarle a individuos si un producto o aparato que están usando ha sido revocado del mercado
- Notificar a la(s) agencia(s) gubernamental(es) apropiada(s) respecto al abuso o abandono potencial de un paciente adulto (incluyendo la violencia doméstica); sin embargo, solamente revelaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si estamos obligados o autorizados por ley el divulgar esta información
- Notificar a su patrón, bajo circunstancias limitadas, relacionadas principalmente a una lesión que ocurrió en el trabajo o enfermedad o inspección médica.

2. Actividades de Vigilancia de Salud. Nuestra oficina puede divulgar su IIHI a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Actividades de vigilancia pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, acciones de licenciamiento y disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales u otras actividades necesarias para que el gobierno vigile programas gubernamentales, acatamiento a las leyes de los derechos civiles y del sistema del cuidado de la salud en general.

- 3. Litigios legales y Trámites similares.** Puede que nuestra oficina utilice y divulge su IIHI al responder a una orden de la corte o administrativa, si usted está involucrado en una demanda legal o un proceso similar. También podríamos divulgar su IIHI al responder a una revelación de pruebas, citación judicial, u otro proceso legal efectuado por terceros involucrados en la disputa, pero solamente si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud o para obtener una orden para proteger la información que terceros han solicitado.
- 4. Cumplimiento de la Ley.** Podemos revelar el IIHI si nos lo es solicitado por un oficial del cumplimiento de la ley:
- Respecto a una víctima de un crimen en ciertas situaciones si no podemos obtener el consentimiento de la persona
 - Respecto a un fallecimiento que creamos haya sido el resultado de alguna conducta criminal
 - Respecto a conducta criminal en nuestras oficinas
 - En respuesta a una justificación, mandato, orden o citación judicial o algún trámite legal similar
 - Para identificar/ubicar a un sospechoso, testigo importante, fugitivo o persona desaparecida
 - En una emergencia, para reportar un crimen (incluyendo la ubicación o la(s) víctima(s) del crimen, o la descripción, identidad, o ubicación del perpetrador)

OPCIONAL

5. Pacientes Fallecidos. Nuestra oficina puede revelar el IIHI a un examinador médico o pesquisador para identificar al individuo fallecido o para identificar la causa de muerte. Si es necesario, también podríamos revelar información para que un director de una funeraria pueda desempeñar su trabajo.

OPCIONAL

6. Donación de Organos y Tejidos. Nuestra oficina puede revelar su IIHI a organizaciones que manejan la adquisición o el transplante de organos, ojos o tejidos, incluyendo los bancos de donaciones de organos, como sea necesario, para facilitar la donación y el transplante de organos o tejidos si usted es un donante de organos.

OPCIONAL

7. Investigaciones. Puede que nuestra oficina utilice y divulge su IIHI para propósitos de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para utilizar su IIHI para propósitos de investigación excepto cuando: (a) nuestra utilización o divulgación fue aprobada por un Tribunal de Revisión Institucional o un Tribunal de Privacidad; (b) obtenemos el acuerdo verbal o por escrito del investigador declarando que (i) la información escudriñada es necesaria para el estudio de investigación; (ii) la utilización y divulgación de su IIHI está siendo usada solamente para la investigación y (iii) el investigador no trasladará su IIHI de nuestras oficinas; o (c) el IIHI solicitado por el investigador solamente se refiere a difuntos y el investigador se compromete, ya sea verbalmente o por escrito, que la utilización o la divulgación es necesaria para la investigación, y si nosotros lo solicitamos, nos provea con un certificado de defunción antes de tener acceso al IIHI de los difuntos.

8. Amenazas Serias a la Salud o Seguridad. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su IIHI cuando sea necesario para disminuir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otro individuo o del público. Bajo estas circunstancias, solamente le haríamos la divulgación a la persona u organización capaz de ayudarnos a prevenir la amenaza.

9. Militares. Nuestra oficina puede divulgar su IIHI si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas de E.U. o de otro país (incluyendo veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.

10. Seguridad Nacional. Nuestra oficina puede divulgar su IIHI a oficiales federales para actividades de seguridad nacional e información secreta autorizadas por la ley. También podemos divulgar su IIHI a oficiales federales para proteger al Presidente, a otros oficiales o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones.

11. Presos. Nuestra oficina puede divulgar su IIHI a instituciones correccionales o a oficiales del cumplimiento de la ley si usted es un preso o si está bajo la custodia de un oficial de la ley. La divulgación para estos propósitos sería necesaria: (a) para que la institución le provea servicios del cuidado de la salud a usted, (b) para la seguridad y protección de la institución, y/o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros individuos.

12. Compensación al Trabajador. Nuestra oficina puede revelar su IIHI al programa de compensación al trabajador o a programas similares.

E. SUS DERECHOS RESPECTO A SU IIHI

Usted tiene los siguientes derechos respecto al IIHI que llevamos sobre usted:

1. Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho a pedir que nuestra oficina se comunique con usted respecto a los asuntos sobre su salud y aquellos relacionados con ella, de una cierta manera o en una cierta ubicación. Por ejemplo, nos puede pedir que nos comuniquemos con usted en su casa en vez de en su trabajo. Para solicitar alguna comunicación confidencial, debe hacer una solicitud por escrito a **HIPPA Practices Administrator (916) 733-6874** especificando el método de contacto que quiere, o la ubicación dónde desea ser contactado. Nuestra oficina se acomodará a todas las solicitudes **razonables**. No necesita darnos una razón por su solicitud.

2. Solicitud de Restricciones: Usted tiene derecho a pedir que pongamos una limitación en el uso o divulgación de su IIHI para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Además, tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgación de su IIHI a solamente ciertos individuos involucrados con su cuidado o con el pago de su cuidado, tales como familiares o amistades. **No estamos obligados a asentir con su solicitud;** sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos sujetos a nuestro convenio excepto cuando lo contrario sea requerido por ley, en emergencias, o cuando la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento. Para pedir limitaciones en el uso o divulgación de su IIHI, deberá hacerlo por escrito dirigiéndose a **HIPPA Practices Administrator (916) 733-6874**. Su solicitud debe describir en forma clara y concisa:

(a) La información que desea restringir;

- (b) Si la restricción es para limitar el uso en nuestra oficina, en la divulgación, o en ambos casos
- (c) A quién quiere que sean aplicable los límites o las restricciones

3. Inspección y Copias. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia del IIIHI que se utiliza para tomar decisiones sobre su persona, incluyendo los archivos médicos y las facturas en su ficha médica, pero no incluyendo apuntes de psicoterapia. Deberá someter su solicitud por escrito a **HIPPA Practices Administrator (916) 733-6874** para poder inspeccionar y/u obtener una copia de su IIIHI. Puede que nuestra oficina le cobre un cargo para cubrir los gastos de copiar, enviar, de la labor y de las provisiones asociadas con su solicitud. Nuestra oficina puede rechazar su solicitud para inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede pedir que revisemos el rechazo. Las revisiones serán ejecutadas por otro profesional licenciado del cuidado de la salud, seleccionado por nosotros.

4. Enmiendas. Puede pedirnos que corrijamos su información de salud si cree que está incorrecta o incompleta, y puede pedirnos una enmienda o corrección mientras la información esté siendo llevada por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, la solicitud debe someterse por escrito y ser dirigida a **HIPPA Practices Administrator (916) 733-6874**. Debe darnos una razón que apoye su solicitud para una enmienda o corrección. Nuestra oficina rechazará su solicitud si usted no somete su solicitud (y la razón apoyando su solicitud) por escrito. También podemos rechazar su solicitud si usted nos pide que modifiquemos alguna información que es, en nuestra opinión, (a) correcta y completa; (b) no es parte del IIIHI llevado por o para la oficina; (c) no es parte de un IIIHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) que no fue creado por nuestra oficina, a menos que el individuo o la entidad que creó la información no está disponible para corregir la información.

5. Informe de Divulgaciones. Todos nuestros pacientes tienen el derecho de pedir un “informe de divulgaciones”. Un “informe de divulgaciones” es una lista de ciertas divulgaciones que nuestra oficina ha hecho con su IIIHI. Para obtener un informe de divulgaciones, deberá someter su solicitud por escrito dirigiéndose a **HIPPA Practices Administrator (916) 733-6874**. Todas las solicitudes para un “informe de divulgaciones” deben contener un plazo que no puede ser más de seis (6) años desde la fecha de la divulgación y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril, 2003. La primera lista que usted pida dentro de un período de 12 meses es gratis, pero nuestra oficina le puede cobrar por listas adicionales durante un mismo período de 12 meses. Nuestra oficina le informará de los gastos relacionados con las solicitudes adicionales, y puede retirar su solicitud antes de incurrir algún gasto.

6. Derecho a una Copia Impresa de este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso acerca de las prácticas de privacidad. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, contacte a **HIPPA Practices Administrator (916) 733-6874**.

7. Derecho a Registrar una Queja. Si usted cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede registrar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para registrar una queja con nuestra oficina, diríjase a **HIPPA Practices Administrator (916) 733-6874**. Todas las quejas deberán ser sometidas por escrito. **No será penalizado por registrar una queja.**

8. Derecho a Proporcionar una Autorización para otros Usos y Divulgaciones. Nuestra oficina obtendrá una autorización escrita para usos y divulgaciones que no están identificadas en este aviso o que son permitidas por las leyes aplicables. Cualquier autorización que usted nos proporcione respecto al uso y divulgación de su IIHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, ya no utilizaremos o divulgaremos su IIHI por las razones descritas en la autorización. Favor de tomar nota que estamos obligados a mantener archivos acerca de la atención proporcionada.

Nuevamente, si tiene cualquier pregunta acerca de este aviso o sobre nuestra política de la privacidad de la información acerca de su salud, favor de comunicarse con **HIPPA Practices Administrator (916) 733-6874**.

EXHIBICION 5

Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE LA SALUD PROTEGIDA

Con mi consentimiento, Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS puede utilizar y divulgar información de la de la salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) mía para efectuar tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en inglés). Favor de referirse al Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad de Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS para una descripción más completa sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de estudiar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS se reserva el derecho de modificar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad enmendado puede obtenerse al dirigirse por escrito a Oficial de la Privacidad de Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS
a la *3939 J Street #200*
Sacramento, CA 95819.

Con mi consentimiento, Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS puede llamar a mi casa o a otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude en desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas, asuntos de aseguranza, y cualquier llamada relacionada con mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS puede mandarme cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicación designada, tales como recordarme de citas, y estados de cuenta, del paciente siempre y cuando estén marcadas Personal y Confidencial.

Con mi consentimiento, Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS puede enviarme correos electrónicos a mi casa o a otra ubicación designada, cualquier asunto que le ayude a la oficina a desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas y estados de cuenta del paciente. Tengo el derecho de pedirle a Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS que limiten cómo utilizan o divulgan mis PHI para desempeñar sus TPO.

Sin embargo, la oficina no está obligada a asentir a mi solicitud para los límites de divulgación, pero si lo hace, está sujeta a este convenio.

Al firmar este contrato, estoy consintiendo que Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS utilice y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS se niegue a darme tratamiento.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Nombre del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente o Guardián Legal
en letras de imprenta

EXHIBICION 6A

BRUCE D. GORLICK, D.P.M., FACFAS

**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE LA SALUD
PROTEGIDA PARA PROPOSITOS SOLICITADOS POR LA OFICINA**

Al firmar esta autorización, yo autorizo a **BRUCE D. GORLICK, D.P.M., FACFAS** que utilice y/o divulgue cierta información de salud protegida (PHI) sobre mi persona a **BRUCE D. GORLICK, D.P.M., FACFAS**. Esta autorización le permite a **BRUCE D. GORLICK, D.P.M., FACFAS** que utilice y/o divulgue (describa la información que permite revelar específicamente, tal como fecha(s) del servicio que le dimos, tipos de servicios, grado de detalles a divulgar, origen de la información, etc.) la siguiente información de salud individual identificable sobre mi persona:

La información será utilizada o divulgada para el siguiente propósito:

{ **SOLAMENTE INCLUYA SI ES CORRECTO BAJO LAS CIRCUNSTANCIAS:** La oficina recibirá pago u otra remuneración de terceros a cambio de utilizar o divulgar el PHI. }

Me han proporcionado el/los propósito(s) para que yo pueda tomar una decisión inteligente si es que o no permito que revelen la información. Esta autorización vence el

_____.
{Fecha de vencimiento o Evento definido}

No tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de **BRUCE D. GORLICK, D.P.M., FACFAS**. De hecho, tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización. También tengo el derecho de estudiar o copiar la información que será utilizada o divulgada. Cuando mi información sea utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización, puede que esté sujeta a volver a ser divulgada por el recipiente y puede que ya no esté protegida por el Reglamento Federal de Privacidad HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya actuado ateniéndose a esta autorización. Mi revocación por escrito deberá ser dirigida al Gerente de la Privacidad en:

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Firmado por: _____
Firma del Paciente o Guardián Legal Relación con el Paciente

Nombre del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente o Guardián Legal
en letras de imprenta

*AL PADRE/GUARDIAN SE LE PROPORCIONARA UNA COPIA FIRMADA DE ESTA
AUTORIZACION*

EXHIBICION 8

BRUCE D. GORLICK, D.P.M., FACFAS

**SOLICITUD DE LIMITACIONES Y RESTRICCIONES
DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

**PACIENTE FAVOR DE TOMAR NOTA: NUESTRA OFICINA NO ESTA OBLIGADA A ASENTIR CON
SU SOLICITUD. FAVOR DE REFERIRSE A NUESTRO AVISO
ACERCA DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD PARA OBTENER
MAS INFORMACION ACERCA DE DICHAS SOLICITUDES.**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____

Calle

Nr. de Apartamento

Ciudad, Estado, Código Postal

Tipo de PHI a restringir o limitar (Favor de chequear todos los que son aplicables)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa | <input type="checkbox"/> Historial del Paciente |
| <input type="checkbox"/> Dirección de Casa | <input type="checkbox"/> Dirección de Oficina |
| <input type="checkbox"/> Profesión | <input type="checkbox"/> Teléfono de Oficina |
| <input type="checkbox"/> Nombre de mi Empresa | <input type="checkbox"/> Nombre del/la cónyugue |
| <input type="checkbox"/> Notas de las Visitas | <input type="checkbox"/> Teléfono de Oficina del/la cónyugue |
| <input type="checkbox"/> Notas del Hospital | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Información sobre las recetas | |

médicas

¿Cómo desea que su PHI sea restringido?

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

PARA USO INTERNO SOLAMENTE:

Fecha de Recibo de la Solicitud: _____

EXHIBICION 9

BRUCE D. GORLICK, D.P.M., FACFAS

**SOLICITUD PARA INSPECCIONAR Y COPIAR
LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____
Calle

Nr. de Apartamento

Ciudad, Estado, Código Postal

Entiendo y asiento que yo soy responsable por los siguientes cargos asociados con mi solicitud: copias, incluyendo el costo de las provisiones y de la labor, y gastos de envío relacionados con la producción de mi información. Entiendo que el cargo por este servicio es \$ _____ por página, con un cargo mínimo de \$ _____.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Nombre del Paciente o Guardián Legal
en letras de imprenta

PARA USO INTERNO SOLAMENTE: Fecha de Recibo de la Solicitud: _____

EXHIBICION 10

NOMBRE DE A OFICINA

CARTA DE RECHAZO PARA EL PACIENTE

Fecha

Nombre del Paciente

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Estimado/a _____:

De acuerdo al Reglamento Final de los Estándares de Privacidad para la Información de Salud Individual Identificable (Reglamento de Privacidad) publicado por el Departamento de Salud y de Servicios Humanos de Estados Unidos, de acuerdo al Acta de la Portabilidad y la Responsabilización de las Aseguranzas de Salud de 1996 (HIPAA), Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS no puede honrar su solicitud para inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) por la(s) siguiente(s) razón(es):

- _____ no posee la información solicitada. [Inserte la ubicación del PHI si se conoce]
- Ud. ha solicitado sus apuntes de psicoterapia, como están definidos en el Reglamento de Privacidad, y estamos obligados a no permitirle inspeccionar y obtener copias de sus apuntes de psicoterapia.
- El Reglamento de Privacidad no obliga a que la oficina le permita inspeccionar u obtener una copia de la información solicitada porque ha sido reunida en anticipación a un, o para introducirla en un, procedimiento o acción civil, criminal, o administrativa.
- El Reglamento de Privacidad no obliga a que la oficina le permita inspeccionar u obtener una copia de la información solicitada porque está sujeta a o eximida de la Enmienda de las Mejoras para los Laboratorios Clínicos (CLIA por sus siglas en inglés) de 1988.
- El Reglamento de Privacidad no obliga a que la oficina le permita inspeccionar u obtener una copia de la información solicitada porque la información fue obtenida por alguien que no es un proveedor del cuidado de la salud bajo una promesa de privacidad, y el tener acceso a la información solicitada razonablemente revelaría la fuente de información.

- [] El Reglamento de Privacidad no obliga a que la oficina le permita inspeccionar u obtener una copia de la información solicitada porque la información fue/está siendo creada u obtenida durante el curso de una investigación que sigue en marcha y que incluye tratamiento, y usted consintió a negar el acceso a ella cuando dio su consentimiento para participar en la investigación. Su derecho al acceso será reestablecido al finalizar la investigación.
- [] La información solicitada se encuentra en archivos sujetos al Acta Federal de Privacidad, U.S.C. §552a, y este rechazo cumple con los requisitos de esa ley.
- [] Un/a profesional licenciado/a del cuidado de la salud ha determinado que en su juicio profesional, el acceso a la información solicitada podría razonablemente poner en peligro su vida o su seguridad física o la vida o seguridad física de otra persona.
- [] La información solicitada incluye referencias a otra persona y un/a profesional licenciado/a del cuidado de la salud ha determinado, ejerciendo su juicio razonable, que el acceso solicitado podría razonablemente causar daño substancial a dicha otra persona.
- [] Usted es el representante personal del sujeto de la información solicitada, y un/a profesional licenciado/a del cuidado de la salud ha determinado, ejerciendo su juicio razonable, que la información solicitada no deberá ser entregada a usted.

Si el acceso a la información solicitada ha sido rechazada por alguna de las tres últimas razones listadas arriba, usted tiene el derecho de que el rechazo sea reexaminado por otro/a profesional licenciado/a del cuidado de la salud quien no haya participado en este rechazo. Si usted decide que reexaminen este rechazo, deberá someter su solicitud por escrito a nuestro Gerente de la Privacidad dirigiéndose a:

Nombre del Gerente de la Privacidad	Nombre de la Oficina	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal

Nuestro Gerente de la Privacidad le dará una respuesta por escrito dentro de un período de tiempo razonable, si o no finalmente le darán acceso a su PHI como fue solicitado originalmente. Puede registrar una queja respecto a este rechazo con el/la Gerente de la Privacidad dirigiéndose al teléfono (916) 733-6874 o con el Secretario del Departamento de (202) 260-4575.

Salud y de Servicios Humanos de Estados Unidos. Quejas al Secretario deben someterse por escrito, nombrar la oficina, describir los actos u omisiones que usted cree que infringen el Reglamento de Privacidad, y deben ser registrados dentro de 180 días desde la fecha de la supuesta infracción.

Muy atentamente,

Nombre del Representante de la Oficina

Puesto

EXHIBICION 11

Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS

SOLICITUD PARA LA CORRECCION/ENMIENDA DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____

Calle

Nr. de Apartamento

Ciudad, Estado, Código Postal

Tipo de Anotación a ser Corregida o Modificada:

- Nota de una visita*
- Nota de la enfermera*
- Nota del Hospital*
- Información sobre las recetas médicas*
- Historial del paciente*

Por favor explicar de qué manera la anotación aparece incorrecta o incompleta.

Por favor especifique qué es lo que deberá aparecer en la anotación para que esté correcta o completa.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

PARA USO INTERNO SOLAMENTE:

Fecha de Recibo de la Solicitud: _____

- La enmienda ha sido: Aceptada
- Rechazada
- Rechazada en parte, Aceptada en parte

Si ha sido rechazada (entera o en parte)*, chequee la razón del rechazo:

- El PHI no fue creado por esta organización.
- El PHI no está disponible para inspección por el paciente de acuerdo a la ley.
- El PHI no es parte del grupo de fichas del paciente.
- El PHI está correcto y completo.

Comentarios del proveedor del cuidado de la salud que proporcionó el servicio:

Nombre del miembro del personal que llenó esta forma: _____

Puesto: _____

Firma del proveedor del cuidado de la salud que
proporcionó el servicio

Fecha

*Si su solicitud ha sido rechazada entera o en parte, usted tiene derecho a presentar a la oficina una declaración escrita disputando el rechazo, a *Atn: HIPPA Practices Administrator 3939 J Street #200, Sacramento, CA 95819*. Si no nos provee una declaración disputando el rechazo, puede pedirnos que le proporcionemos su solicitud original para modificarla y nuestro rechazo con cualquier divulgación de la información de salud protegida que es el sujeto de la enmienda solicitada. También puede registrar una queja con nuestro/a Gerente de la Privacidad *HIPPA Practices Administrator (916) 733-6874* o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

***LA OFICINA DEBE INFORMARLE AL PACIENTE QUE SE REQUIERE UNA SOLICITUD POR ESCRITO Y QUE SE REQUIERE QUE EL PACIENTE PROVEA UNA RAZON PARA APOYAR EL CAMBIO SOLICITADO.**

EXHIBICION 12

Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS

SOLICITUD PARA OBTENER UN INFORME DE CIERTAS DIVULGACIONES DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA PARA PROPOSITOS NO-TPO

Como paciente, usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones que nuestra oficina ha hecho con su información de salud individual identificable. Su solicitud deberá contener un plazo que no puede ser más de seis (6) años y que no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril, 2003. La primera lista que usted pida dentro de un período de 12 meses se le proveerá sin costo alguno. Para listas adicionales durante el mismo período de 12 meses, puede que se le cobren los gastos ocasionados al proveerle la lista; sin embargo nuestra oficina le informará de los gastos involucrados y usted puede decidirse a retirar o modificar su solicitud.

Para solicitar un informe de divulgaciones hechas por la oficina, deberá presentar su solicitud por escrito a *HIPPA Practices Administrator 3939 J Street #200, Sacramento, CA 95819.*

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____
Calle

Nr. de Apartamento

Ciudad, Estado, Código Postal

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

PARA USO INTERNO SOLAMENTE: Fecha de Recibo de la Solicitud: _____

EXHIBICION 14

Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS

FORMA PARA REGISTRAR UNA QUEJA

Nuestra oficina valora la privacidad de sus pacientes y estamos comprometidos a administrar nuestra oficina de una manera que promueve la confidencialidad del paciente a la vez que le proveemos una atención de alta calidad al paciente.

Si un miembro del personal de Bruce D. Gorlick, D.P.M., FACFAS no ha logrado esta meta, queremos que nos lo notifique. Le aseguramos que su queja se mantendrá confidencial. Por favor utilice el espacio provisto abajo para describir su queja. Tenemos la intención de utilizar esta retroalimentación para mejor proteger sus derechos de la confidencialidad del paciente.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente

Número de Teléfono