



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Este aviso sirve como un aviso único para varios proveedores de atención médica que comparten propiedad o control común: South Carolina ENT, Allergy & Sleep Medicine, P.A., Carolina Hearing Institute, LLC, SC FYZICAL, LLC, and Somnus USA II, LLC (denominados colectivamente en este documento como "SCENT").

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Como su proveedor de atención médica, mantendremos un registro de sus visitas que contenga sus síntomas, informes de exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, correspondencia con otros proveedores y planes para atención o tratamiento futuros.

Su expediente médico es propiedad física de SCENT; sin embargo, la información que contiene le pertenece. Tiene los siguientes derechos, y le solicitamos que notifique a nuestras oficinas administrativas, llamando al (803) 408-3277 de sus solicitudes para cualquiera de estas acciones::

- A. Solicitar Restricciones: Tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso de su información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o para familiares y otras personas involucradas en su atención; sin embargo, no estamos obligados a aceptar la restricción excepto en el caso de una divulgación a su aseguradora de salud si ha pagado por completo.
- B. Obtener una copia impresa de este aviso: Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.
- C. Inspeccionar y copiar: Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información de salud. Si solicita una copia de su información, **es posible que se le cobre una tarifa razonable por las fotocopias, la recuperación, la mano de obra, el franqueo y los suministros utilizados.**
- D. Modificar: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud.
- E. Obtener una Cuenta de Divulgaciones: Tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones de información que se han hecho sobre usted. Esta lista incluye divulgaciones de su información para fines de tratamiento, pago o atención médica y está dentro de un período específico de hasta seis (6) años. La primera lista de divulgaciones se proporciona como un servicio gratuito para usted, pero es posible que se le cobre una tarifa razonable por solicitudes adicionales realizadas dentro de un período de doce (12) meses.
- F. Solicitar la comunicación de su información de salud: Tiene derecho a solicitar que se le comuniquen sus datos de una manera determinada o en un lugar determinado.
- G. Revocar su autorización de Divulgación: Tiene derecho a revocar una autorización de divulgación de información que se le haya dado previamente.

Nuestra práctica se requiere para:

- A. Sea confidencial: Mantendremos la privacidad de su información de salud durante 50 años después de su muerte.
- B. Proporcione una copia de este aviso: le proporcionaremos una copia de este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- C. Cumplir con los términos de este aviso.
- D. Notificarle sobre limitaciones de restricción: le notificaremos si no podemos aceptar una restricción solicitada de su información.
- E. Medios alternativos del proveedor o disposiciones alternativas efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, le notificaremos estos cambios cuando regrese a nuestra oficina. No usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

### Más información

- A. Si tiene alguna pregunta o desea información adicional, puede comunicarse con nuestras oficinas administrativas llamando al (803) 408-3277.
- B. Si tiene alguna inquietud sobre la privacidad de su información, puede comunicarse con nuestras oficinas administrativas llamando al (803) 408-3277. Sus inquietudes serán respondidas por nuestra práctica.. Puede presentar una queja ante la

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. Bajo ninguna circunstancia recibirá represalias por presentar una queja.

#### Ejemplos de Divulgaciones de información

- A. Tratamiento: Usaremos su información de salud para propósitos de tratamiento. Un ejemplo: la información proporcionada a una enfermera o un médico se registrará en su expediente médico y se utilizará para determinar el mejor tratamiento para usted. Los miembros de los equipos de atención médica documentarán los objetivos de su tratamiento, las medidas tomadas y las observaciones clínicas. Le proporcionaremos a sus proveedores de atención médica copias de varios informes que los ayudarán a tratarlo por cualquier condición posterior que pueda surgir.
- B. Pago: Se le puede enviar una factura a usted o a un tercero pagador. La información en la factura o que la acompañe puede incluir información que lo identifique a usted, sus diagnósticos, tratamientos y suministros utilizados.
- C. Operaciones de atención médica: los médicos y los miembros de su equipo de atención médica pueden usar la información para evaluar la calidad de la atención que recibió, así como la atención que recibieron otras personas como usted. Esta información se utilizará para mejorar la eficacia de las operaciones y los servicios de atención médica que brindamos.
- D. Socios comerciales: Hay algunos servicios proporcionados a través de contratos con socios comerciales. A modo de ejemplo, contrataremos con una copia que proporciona servicios de información para el sistema informático que operamos. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a este socio comercial, para que pueda realizar el trabajo que requerimos. Para proporcionar su información de salud, el socio comercial debe salvaguardar adecuadamente su información.
- E. Notificación: podemos divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su estado general.
- F. Comunicación con la familia: Utilizaremos el buen juicio para divulgar a un miembro de la familia, o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud relevante para la participación de esa persona en su atención.
- G. Servicios de interpretación: Brindamos servicios de interpretación, que incluyen lenguaje de señas estadounidense e idiomas extranjeros, a través de un servicio de interpretación contratado. Algunas aseguradoras también pueden proporcionar servicios de interpretación. Si necesita el uso de nuestro servicio de interpretación contratado o los servicios de interpretación proporcionados por su aseguradora, podemos divulgar su información a las personas asociadas con estos proveedores de servicios para la comunicación entre el proveedor de atención médica y el paciente/representante del paciente con respecto a la salud del paciente. Al igual que la práctica, los intérpretes de lenguaje de señas estadounidense y de idiomas extranjeros tienen el deber de mantener la confidencialidad de su información de salud protegida.
- H. Investigación: divulgaremos solo información limitada a los investigadores aprobados.
- I. Director de funeraria, médicos forenses y forenses: podemos divulgar información de salud a directores de funerarias, médicos forenses y forenses de acuerdo con la ley estatal que les permite llevar a cabo sus funciones.
- J. Donación de órganos: si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información a organizaciones que ayudan a obtener, depositar o transportar órganos con fines de donación y trasplante de tejidos.
- K. Comercialización: podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- L. Administración de Alimentos y Medicamentos: podemos divulgar a la FDA información de salud relacionada con eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir retiros, reparaciones o reemplazos de productos.
- M. Compensación del trabajador: De acuerdo con la ley estatal, podemos divulgar información de salud según sea necesario para procesar un reclamo bajo la compensación del trabajador.
- N. Salud pública: según la ley de Carolina del Sur, podemos divulgar su información de salud al departamento de salud para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- O. Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos, de acuerdo con la ley aplicable y los estándares de conducta ética, usar o divulgar información médica si creemos que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona o del público; siempre que, si se hace una divulgación, debe ser a una persona(s) razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza.
- P. Institución correccional: si usted es un recluso o reside en una institución correccional, podemos divulgar a la institución o a sus agentes la información de salud que sea necesaria para su salud o la salud y seguridad de otras personas.
- Q. Cumplimiento de la ley: podemos divulgar información de salud para fines de cumplimiento de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida.
- R. Para actividades militares. Podemos usar o divulgar información médica de personas que son personal de las Fuerzas Armadas para actividades que se consideren necesarias para asegurar la ejecución adecuada de las misiones militares, siempre que se cumplan ciertas condiciones.
- S. Para actividades de inteligencia y seguridad nacional. Podemos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados para la realización de actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la Ley de Seguridad Nacional y la autoridad de aplicación.
- T. Investigación de salud: las leyes federales y estatales establecieron disposiciones para que su información de salud se divulgue a las autoridades de salud correspondientes, siempre que un miembro de nuestro personal o un socio comercial crea

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

de buena fe que nos hemos involucrado en una conducta ilegal o que hemos puesto en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o el público.

- U. Otra divulgación: todos los demás usos y divulgaciones de su información solo se realizarán con su autorización por escrito. Si nos ha autorizado a usar o divulgar información sobre usted, puede revocar esta autorización en cualquier momento.

#### Acuerdo para recibir comunicaciones electrónicas

Al firmar a continuación, acepto que SCENT puede enviar los siguientes tipos de correos electrónicos y mensajes de texto (incluidos los mensajes automáticos) al número de teléfono móvil y/o la dirección de correo electrónico, según corresponda, que le proporcioné a SCENT: confirmaciones de citas y recordatorios; otras comunicaciones de la práctica, como recordatorios e información de atención clínica, instrucciones previas o posteriores a la visita, mensajes sobre mi salud y plan de salud y/o diagnósticos o tratamiento, mensajes relacionados con la facturación, información o preguntas sobre elegibilidad, y actualizaciones ocasionales de la práctica, como mudanzas o cierres meteorológicos; actualizaciones sobre ofertas y servicios de tratamiento disponibles, servicios y programas que pueden ser de mi interés, recordatorios de recarga, promociones e innovaciones en productos y atención ENT.

**Iniciales para indicar el consentimiento:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico** \_\_\_\_\_ **Mensaje de texto**

Entiendo que tengo derecho a optar por no recibir ciertas comunicaciones de este tipo siguiendo las instrucciones proporcionadas en un mensaje correspondiente. Sin embargo, entiendo que si elijo optar por no participar, puedo experimentar un impacto en mi experiencia con los servicios que dependen de las comunicaciones a través de mensajes de texto y/o comunicaciones por correo electrónico. También entiendo que puedo continuar recibiendo ciertos mensajes sensibles al tiempo que no requieren consentimiento (como notificaciones de emergencia) incluso después de optar por no participar o cancelar la suscripción.

Acepto que SCENT me envíe mensajes de texto o correo electrónico (como se seleccionó anteriormente) que no sean seguros. Los mensajes de texto y las comunicaciones por correo electrónico tienen riesgos de privacidad inherentes, incluido que los mensajes de texto y las comunicaciones por correo electrónico sin cifrar no son seguros y una parte no autorizada podría acceder a ellos, interceptarlos o alterarlos sin mi conocimiento o autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre si no es el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Al optar por recibir comunicaciones por correo electrónico de (inserte el nombre de la clínica), acepta recibir los tipos de correos electrónicos descritos anteriormente. Puede revocar su consentimiento para recibir correos electrónicos en cualquier momento utilizando el enlace para darse de baja que se encuentra en la parte inferior de cada correo electrónico.

Al suscribirse a los mensajes SMS de SCENT, acepta recibir mensajes promocionales automatizados. Este acuerdo no es una condición de ninguna compra. No enviaremos más de cuatro (4) mensajes por mes. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Responda STOP para terminar en cualquier momento después de recibir su mensaje de confirmación inicial. Los términos de servicio y la política de privacidad se pueden encontrar en nuestro sitio web.

#### **ACUSE DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Por la presente reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar las prácticas de privacidad en SCENT. Entiendo que puedo obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Este Aviso ha sido emitido y considerado efectivo en la fecha de su firma. Mantendremos este formulario firmado archivado durante un mínimo de seis (6) años.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente / Representante

\_\_\_\_\_  
Relación con la paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of Practice Representative

\_\_\_\_\_  
Date