

Enfermedades Gastrointestinal y Enfermedades del Hígado
Yakov D. Shaposhnikov MD PC
Enrique J. Lacayo MD LTD
TELÉFONO: (702) 737-3337
FAX: (702) 737-3965

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con nuestro gerente ubicado en esta instalación.

INTRODUCCIÓN

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (este "Aviso") describe cómo podemos usar y revelar su información médica protegida ("IMP") para llevar a cabo tratamiento, pago y/o atención médica y para otros propósitos permitidos o requeridos por ley. También describe sus derechos con respecto a su IMP. La IMP es información sobre usted, incluida la información que puede identificar quién es usted o dónde vive, que se relaciona con su salud, condición física o salud mental pasada, presente o futura, los servicios de atención médica relacionados y el pago por tales servicios. Para promover la continuidad y consistencia de la atención, contamos con un registro médico electrónico integrado en nuestras instalaciones. Esto significa que la información creada en el curso de nuestro cuidado residirá en el registro integrado y puede estar disponible para otras personas involucradas en su cuidado.

QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de nuestro centro que conforman la Enfermedad gastrointestinal, del hígado y de los miembros del "acuerdo de atención médica organizada" de cada centro, de la siguiente manera:

- Yakov Shaposhnikov MD PC
- Enrique Lacayo MD LTD

- Cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar información en sus registros médicos o de facturación en nuestras instalaciones;
- Todos los empleados, miembros del personal médico, profesionales de la salud aliados y otros trabajadores autorizados que puedan necesitar acceso a su información;

NUESTRO COMPROMISO EN RESPETO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en Gastrointestinal and Liver Disease. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requerimientos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por nuestra Práctica. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y revelar su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y revelación de información médica.

Estamos obligados por ley a:

- asegurarse de que la información médica que lo identifica se mantenga privada;
- darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica
- seguir los términos del aviso que está actualmente en efecto.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Usamos y revelamos información médica de muchas maneras. Para cada categoría de usos o revelación, explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o revelaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y revelar información se incluirán en una de las categorías.

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, asistentes médicos, estudiantes de asistente médico o personal del hospital que esté involucrado en su atención. Por ejemplo, es posible que un médico que

lo trate por una pierna rota necesite saber si tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, es posible que el médico deba informarle al dietista si tiene diabetes para que podamos programar un asesoramiento nutricional. También podemos compartir información médica sobre usted para coordinar las diferentes cosas que necesita, como recetas, análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico. También podemos revelar información médica sobre usted a personas que puedan estar involucradas en su atención médica, como familiares, miembros del clero, centros de rehabilitación, etc.

- **Para pago.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en Gastrointestinal and Liver Disease puedan facturarse y el pago pueda cobrarse de usted o en su nombre de una compañía de seguro médico o un tercero. Por ejemplo, es posible que debamos brindarle a su plan de salud información sobre las pruebas que recibió en nuestra Práctica para que su plan de salud nos pague o le reembolse esos servicios. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
- **Para Operaciones de Salud.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted para nuestras operaciones de enfermedades gastrointestinales y enfermedades del hígado. Estos usos y revelaciones son necesarios para administrar nuestra organización y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar información médica sobre muchos pacientes con enfermedades gastrointestinales y enfermedades del hígado para decidir qué servicios adicionales debería ofrecer nuestra práctica, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos revelar información a médicos, enfermeras, técnicos, asistentes médicos, estudiantes de asistente médico o otro personal con fines de revisión y aprendizaje. También podemos combinar la información médica que tenemos con la información médica de otras organizaciones similares para comparar nuestro desempeño y ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar información que lo identifique de este conjunto de información médica

para que otros puedan usarla para estudiar la atención médica y la prestación de atención médica sin saber quiénes son los pacientes específicos.

- **Recordatorios de citas.** Podemos usar y revelar información médica para comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o atención médica en Gastrointestinal and Liver Disease.
- **Alternativas de Tratamiento.** Podemos usar y revelar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interés.
- **Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y revelar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.
- **Individuos involucrados en usted o en el pago de su atención.** Podemos revelar información médica sobre usted a un amigo o familiar que participe en su atención médica. También podemos dar información a alguien que ayude a pagar su atención. También podemos decirle a su familia o amigos su condición y que lo han visto en nuestra oficina. Además, podemos revelar información médica sobre usted a un amigo o familiar en caso de que surja una situación emergente mientras se encuentra en nuestra oficina.
- **En estudio/investigaciones.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar información médica sobre usted para estudios/investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar la comparación de la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro, para la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes de privacidad de su información médica. Antes de que usemos o revelemos información médica para investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de investigación, pero podemos, sin embargo, revelar información médica sobre usted a personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarlas a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información médica que revisen no

abandone nuestra organización. Siempre le pediremos su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección o otra información que revele quién es usted o si estará involucrado en su atención.

- **Requerido por la ley.** Revelaremos información médica sobre usted cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.
- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, solo sería para alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **Para todos los demás usos y revelaciones.** Todos los demás usos y revelaciones de información no contenida en este Aviso de prácticas de privacidad no se revelan sin su autorización.

SITUACIONES ESPECIALES

- **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos revelar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- **Militares y Veteranos.** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información médica sobre usted requeridos que lo exijan las autoridades del mando militar. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Compensación de Trabajadores.** Podemos revelar información médica sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos para la Salud Pública.** Podemos revelar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
 - ❖ para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - ❖ reportar nacimientos y fallecimientos;
 - ❖ para reportar abuso o negligencia infantil;
 - ❖ para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;

- ❖ para notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar usando;
 - ❖ para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
 - ❖ notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando lo requiere o lo autorice la ley.
- **Actividades de Vigilancia de la Salud.** Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Juicios y Controversias.** Si está involucrado en una demanda o un conflicto, podemos revelar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la discusión, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o obtener una orden que proteja la información autorizada.
- **Aplicación de la Ley.** Podemos revelar información médica si un funcionario encargado de la ley requiere información.
- ❖ En respuesta a una orden judicial, citación, mandato judicial, emplazamiento o proceso similar;
 - ❖ Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
 - ❖ Sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
 - ❖ Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;

- ❖ Sobre conducta criminal en el hospital
 - ❖ En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del crimen o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y directores de Funerarias.** Podemos revelar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica sobre pacientes a los directores de funerarias sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
 - **Actividades de Seguridad Nacional y Inteligencia.** Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
 - **Servicios de Protección al presidente y Otros.** Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o realizar investigaciones especiales.
 - **Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar su información médica a la institución correccional o al oficial de la ley. Esta revelación sería necesaria: (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que se puede usar para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro gerente. Si solicita una copia de la Información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo o otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar, por escrito, que se revise la denegación. Otro profesional de la salud con licencia elegido por Gastrointestinal and Liver Disease revisará su solicitud y la

denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que previamente denegó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

- **Derecho de Modificación.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que incluyamos información adicional en su registro médico. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras toda la información, tanto antigua como nueva, se conserve por o para enfermedades gastrointestinales y enfermedades del hígado. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a nuestro gerente. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:
 - No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
 - No es parte de la información médica mantenida por o para nuestra Práctica;
 - No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
 - Es precisa y completa.
- **Derecho a la Rendición de Cuentas.** Tiene derecho a obtener un "registro de revelaciones ". Esta es una lista de las revelaciones que hicimos de su información médica, excluyendo las revelaciones a efectos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para obtener esta lista o relación de revelaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Gerente. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede exceder los seis años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente). La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier costo.
- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Tiene derecho a obtener una restricción o limitación de la información médica que usamos o revelamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a obtener un límite en la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito a nuestro gerente. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, revelación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, revelaciones a su esposo(a)
- **Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para obtener comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito a nuestro gerente. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe decirnos cómo o dónde desea ser contactado. Si no nos dice cómo o dónde desea ser contactado, no tenemos que seguir su solicitud.

- **Derecho a restringir la revelación de información para ciertos servicios.** Tiene derecho a restringir la revelación de información sobre los servicios que pagó en su totalidad o de su bolsillo. Esta información puede revelarse únicamente con su autorización por escrito.
- **Derecho a una copia en papel de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Para obtener una copia de este aviso, pregunte a cualquiera de nuestro personal de oficina.
- **Derecho de notificación a la infracción.** Tiene derecho a ser notificado de cualquier violación de su información médica no segura.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestra oficina. El aviso contendrá en la primera página, la fecha efectiva. Además, cada vez que lo vean para recibir tratamiento o servicios de atención médica en nuestra oficina, le ofreceremos una copia del aviso vigente.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro gerente. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y revelaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o revelar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni revelamos su información médica por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna revelación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- ✓ Hacer preguntas si hay algo que no entiende. La buena comunicación promueve la buena atención.
- ✓ Proporcione información completa y precisa, incluida su fecha de nacimiento, dirección, historial médico, medicamentos, alergias y todos los demás asuntos relacionados con su salud.
- ✓ Asumir la responsabilidad de las consecuencias de rechazar el tratamiento o no seguir las instrucciones y consejos.
- ✓ Cumplir con los compromisos financieros relacionados con el cuidado de su salud lo antes posible.
- ✓ Ser considerado y respetuoso, en lenguaje y conducta, con otras personas y propiedades, incluidos los niveles de ruido y la privacidad.

- ✓ Siga las instrucciones, reglas y reglamentos vigentes para apoyar una atención de calidad para usted, otros pacientes y un entorno seguro para todas las personas en el centro. Observar la política de no fumar de nuestra organización.
- ✓ No tome fotografías, videos ni haga grabaciones en las instalaciones de enfermedades gastrointestinales y enfermedades del hígado de los empleados (incluidos los doctores y el personal), voluntarios, estudiantes, residentes, contratistas y agentes correspondientes, pacientes o visitantes, sin el permiso de esas personas.
- ✓ Mantener la responsabilidad de asistir a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, notifique a su médico.
- ✓ Reconocer y respetar los derechos de nuestros empleados (incluidos los doctores y el personal), voluntarios, estudiantes, residentes, contratistas aplicables y agentes involucrados en la prestación de servicios de atención médica y otros pacientes. Nuestra oficina no tolerará el acoso discriminatorio por ningún motivo, incluso en función de la edad, la raza, el origen étnico, la religión o el credo religioso, la cultura, el idioma, la discapacidad física o mental de una persona (incluidas las discapacidades de aprendizaje, las discapacidades intelectuales y el historial pasado o presente de problemas mentales), Enfermedad, estado socioeconómico, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, color, estado civil, origen nacional, ascendencia, información genética, condición de veterano, condena previa por un delito, peligros laborales para el sistema reproductivo o membresía en cualesquiera otras clases protegidas como se establece en la ley estatal o federal

CÓMO CONTACTARNOS

Nombre de la práctica:

Enfermedades gastrointestinales y enfermedades del hígado

Gerente: Jasmin Escobedo

Teléfono: (702) 527-7907

Fax: (702)737-3965

Dirección: 2020 Wellness Way Suite 406, Las Vegas, NV 89106

Aviso de prácticas de privacidad de HIPPA

Este formulario no constituye asesoramiento legal y cubre solo la ley federal, no estatal.