



# Netter J. Ortiz, M.D., P.L.L.C.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de NETTER J. ORTIZ, M.D., P.L.L.C.

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

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE

### Introducción

**Este Aviso de prácticas de Privacidad** ("Aviso") describe cómo NETTER J. ORTIZ, M.D., P.L.L.C. puede usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos y / o operaciones de atención médica y para otros fines permitidos. o requerido por ley.

Este aviso describe las prácticas de privacidad de nuestras instalaciones que componen NETTER J. ORTIZ, M.D., P.L.L.C.

**Lo Que Proporciona Este Aviso:** La ley nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida y brindarle este aviso en el que se explican nuestras prácticas de privacidad con respecto a esa información. La ley le otorga ciertos derechos en relación con su PHI, y tenemos ciertas obligaciones legales, con respecto a la privacidad de su Información de salud protegida, también conocida como "PHI". Estamos obligados a cumplir con los términos de la versión actual de este aviso.

**¿Qué es la Información Médica Protegida?** La PHI es información sobre usted, que lo identifica individualmente y que creamos u obtenemos de usted o de otro proveedor de atención médica, plan de salud, su empleador o una cámara de compensación de atención médica y que se relaciona con su:

- (1) salud o condición física o mental pasada, presente o futura,
- (2) la provisión de atención médica a usted, o
- (3) servicios de atención médica relacionados y / o
- (4) el pago pasado, presente o futuro por dichos servicios
- (5) incluida información que pueda identificar quién es usted

**"Usos y Divulgaciones de Información Médica":** la sección a continuación describe con más detalle cómo usamos y compartimos su información médica. Obtendremos su autorización por escrito antes de usar o compartir su información médica para cualquier otro propósito, a menos que dicha autorización no sea requerida por ley.

**"Sus Derechos"** a continuación describe cuáles son esos derechos. La ley también nos dice cuáles son nuestras obligaciones. Esas obligaciones legales se describen en "**Nuestras obligaciones legales**". Esa sección también explica que podemos revisar este Aviso en cualquier momento.

Puede Cuestionar o quejarse sobre nuestras lectroni de privacidad; no tomaremos represalias contra usted por hacerlo. La forma de lectroni una queja se describe en la sección "**Quejas**".

La dirección y el número de teléfono de nuestro Oficial de Privacidad se proporcionan en la sección "**Contacto**". Nuestro Oficial de Privacidad le proporcionará más información y responderá cualquier pregunta que pueda tener sobre lo que cubre este Aviso.

### Usos y Divulgaciones de Información Médica

Podemos usar y lectron su PHI en las siguientes circunstancias:

**Tratamiento.** Usaremos y divulgaremos su información médica para brindar, coordinar y administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Por ejemplo, compartiremos su información médica con un lectr que lo esté tratando o una enfermera que lo esté ayudando, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. También lectro permitir la divulgación de su historial lectr mediante transferencia lectronica a otras instalaciones médicas para su tratamiento. Esto podría incluir hospitalización, cirugía, atención continua como hospicio o atención domiciliaria, así como atención no relacionada que puede buscar por su cuenta en otros lugares.

**Pago.** Usaremos y divulgaremos su información médica para fines de pago. Por ejemplo, proporcionaremos su información médica según sea necesario a su compañía de seguro médico para obtener el pago por nuestros servicios. También podemos divulgar su PHI a terceros para el cobro del pago.

**Operaciones de Atención Médica.** Usaremos y divulgaremos su información médica para fines de operaciones de atención médica. Por ejemplo, lo usaremos para evaluar la calidad de la atención que recibe en nuestras instalaciones y para aprender cómo mejorar nuestras instalaciones y servicios. Podemos utilizar información de otros proveedores de atención médica para comparar nuestros servicios y resultados. Podemos eliminar información que lo identifica 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 pacientes específicos.

Podemos divulgar su PHI para ciertas operaciones de atención médica, incluido el pago, a ciertas operaciones comerciales de otro centro de atención médica, proveedor o tercero siempre que tengan una relación con usted y la información se utilice para operaciones como la evaluación y mejora de la calidad, gestión de casos y coordinación de la atención.

Recordatorios de citas. Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o carta escrita, para recordarle que tiene una cita para recibir atención médica.

Alternativas de Tratamiento. También podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre alternativas de tratamiento o sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Menores. Podemos divulgar la PHI de los niños menores a sus padres o tutores, a menos que la ley prohíba dicha divulgación.

Investigación. Podemos divulgar su información médica protegida a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para proteger la privacidad de su información médica. Podemos permitir que otros investigadores revisen su PHI para preparar un plan para un proyecto de investigación específico, pero ninguna de su información identificable saldrá de nuestras instalaciones. Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted acerca de su participación en un estudio de investigación que podría interesarle. Si decide participar, se le pedirá que firme una autorización.

Fines de Salud Pública. o de supervisión de la salud. Podemos divulgar información sobre usted a una autoridad de salud pública autorizada por la ley, como el Departamento de Salud, para ayudar a la autoridad de salud pública a realizar diversas actividades de salud pública, como prevenir y controlar enfermedades, lesiones, discapacidades y abuso infantil. Otros ejemplos pueden incluir notificar a las personas sobre el retiro del mercado de productos médicos que puedan estar usando, notificar a una persona que ha estado expuesta a una enfermedad, informar reacciones a ciertos medicamentos.

Según lo Requiera la Ley. Podemos utilizar o divulgar información sobre usted si así lo exige la ley. Por ejemplo, podemos usar o divulgar información sobre usted según lo requiera la ley:

- A una agencia gubernamental para que supervise nuestras actividades como proveedor de atención médica. Ejemplos de esas agencias incluyen la salud estatal
- juntas de licencias profesionales, Oficinas de Inspectores Generales de agencias federales, Departamento de Justicia, Oficina de Salud y Servicios Humanos
- para los derechos civiles, la Administración Federal de Medicamentos, OSHA, la EPA, la unidad estatal de control de fraudes contra Medicaid, la Administración del Seguro Social y la
- Departamento de Educación.
- En procedimientos judiciales y administrativos, en respuesta a un orden de un tribunal o tribunal administrativo, o en respuesta a una citación,
- solicitud de descubrimiento u otro proceso legal; y
- Para reportar información sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica a una autoridad gubernamental, como un servicio social o de protección.
- agencia de servicios.

Fines de Aplicación de la Ley. Podemos divulgar información sobre usted con fines policiales a la policía u otros funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, según lo requiera la ley. Por ejemplo, informamos:

- Ciertos tipos de heridas, como heridas de arma blanca, heridas de bala, heridas de bala y quemaduras por pólvora;
- Resultados de las pruebas de detección de drogas y alcohol en determinadas circunstancias;
- Lesiones graves y muertes causadas por fuegos artificiales.
- También podemos divulgar información sobre usted a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley:
- de conformidad con una orden judicial, orden judicial, citación o citación, o una citación del gran jurado u otro proceso legal similar.
- con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o una persona desaparecida.
- con el propósito de alertar a las fuerzas del orden público de su muerte, que se sospecha que fue el resultado de una conducta criminal.
- si creemos de buena fe que la información constituye evidencia de una conducta criminal que ocurrió en nuestra propiedad.
- al brindar atención médica de emergencia fuera de nuestras instalaciones, si la divulgación parece necesaria para alertar a la policía sobre la comisión y la naturaleza
- de un delito, la ubicación del delito o de la víctima del mismo, y la identidad, descripción y ubicación del autor del delito.

Para Médicos Forenses, Examinadores Médicos, y Directores de Funerarias. Cuando corresponda, podemos proporcionar su PHI a un médico forense o examinador médico, para que el médico forense o examinador médico lo identifique en el momento de su muerte y determine la causa de la muerte, y para que lleve a cabo sus otras funciones. También podemos dar información sobre usted a un director de funeraria para que lleve a cabo sus funciones. Si es necesario, para que los directores de funerarias lleven a cabo sus funciones, podemos hacerlo antes y con una anticipación razonable de la muerte.

Grave Amenaza para la Salud o la Seguridad. Podemos utilizar o divulgar cierta información sobre usted con el fin de prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o del público. Si es necesario, podemos divulgar dicha información a las autoridades policiales.

Fuerzas Armadas y Personal Militar Extranjero. Si usted es miembro de nuestras Fuerzas Armadas, podemos utilizar o divulgar información sobre usted a las autoridades militares si las autoridades militares determinan que es necesario para la ejecución adecuada de la misión militar. Si usted es miembro de las fuerzas armadas de un país extranjero, podemos utilizar y divulgar información sobre usted de manera similar a sus autoridades militares.

Actividades de Inteligencia y Seguridad Nacional. Podemos proporcionar información sobre usted a funcionarios del gobierno federal autorizados para que realicen actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional.

Servicios de Protección para el Presidente y Otros. Podemos divulgar información sobre usted a funcionarios del gobierno federal autorizados para que brinden servicios de protección al presidente, a líderes de gobiernos extranjeros y a otras personas a quienes estén autorizados para brindar dichos servicios, y para que realicen investigaciones autorizadas.

Compensación de Trabajadores. Podemos divulgar información sobre usted para cumplir con las leyes de compensación laboral y otros programas similares establecidos por ley que brindan beneficios cuando se lesiona o se enferma en el trabajo.

Prueba de Inmunizaciones. Podemos dar prueba de las vacunas de una persona, que es un estudiante o un posible estudiante, cuando la ley exige que la escuela tenga dicha prueba, y obtenemos documentación con respecto al acuerdo de la divulgación del representante personal o de la persona, si el individuo es un adulto o un menor emancipado.

Socios de Negocio. Podemos divulgar PHI a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la PHI es necesaria para esas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra empresa para hacer nuestra facturación, realizar nuestro trabajo de laboratorio o servicios de consultoría. Todos nuestros socios comerciales están obligados, bajo contrato con nosotros, a proteger la privacidad y garantizar la seguridad de su PHI.

Fines de Notificación de Violación de Datos. Podemos usar o divulgar su PHI para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado o divulgación de su PHI.

### **Usos y divulgaciones para los que tendrá la oportunidad de aceptar u objetar:**

Participación en su Cuidado. Podemos usar y divulgar información sobre usted a una persona que esté involucrada en su atención o que esté involucrada en el pago de su atención médica. Sin embargo, antes de dar cualquier información a esa persona, si usted está allí y puede responder, le pediremos su permiso. Si no está presente, o no puede aceptar u objetar, podemos divulgar información sobre usted a una persona involucrada en su atención si creemos que sería lo mejor para usted que lo hagamos.

A Efectos de Notificación. Podemos utilizar la información de sus registros para encontrar un miembro de su familia o una persona responsable de su atención. Es posible que nos comuniquemos con esa persona y le digamos que se encuentra en nuestras instalaciones, sobre su estado general o sobre su muerte. Pero antes de que usemos o divulguemos dicha información, si usted está allí y puede responder, le pediremos su permiso, a menos que, por las circunstancias y nuestro juicio profesional, consideremos que no se opondrá. Si no está presente o no puede aceptar u objetar, podemos divulgar información a una persona involucrada en su cuidado solo si creemos que sería lo mejor para usted que lo hagamos.

Alivio de Desastres. También podemos utilizar o divulgar información sobre usted a organizaciones de ayuda en casos de desastre (como la Cruz Roja), para coordinarlas y ayudarlas en sus esfuerzos de notificación.

### **Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización por escrito:**

Cualquier otro uso o divulgación de su PHI, aparte de los enumerados anteriormente, será realizado por nosotros solo con su autorización por escrito. En cualquier momento, puede revocar, por escrito, cualquier autorización que brinde, excepto en la medida en que hayamos tomado una acción en base a su autorización. Si revoca su permiso, detendremos cualquier uso o divulgación de PHI previamente permitido por su autorización por escrito; sin embargo, no podemos recuperar ninguna divulgación ya realizada con su permiso.

Cierta información, como información sobre el VIH / SIDA y el abuso de sustancias, está sujeta a protecciones adicionales. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda), los usos y divulgaciones de PHI con fines de marketing y las divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren una autorización.

Esta sección sobre "Usos y divulgaciones de información médica" no describe todos los detalles relacionados con los usos y divulgaciones de información sobre usted. Para obtener más información y detalles, y para cualquier pregunta que pueda tener, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad. La información de contacto se proporciona a continuación en la sección "Contacto" de este Aviso.

### **Sus derechos con respecto a su PHI**

Además de los derechos explicados anteriormente, tiene los siguientes derechos:

Solicitud de Restricciones. Puede pedirnos que no usemos o divulguemos ninguna parte o la totalidad de la información que tenemos sobre usted:

- con el propósito de realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica;
- a cualquier persona que esté involucrada en su atención o que esté pagando por su atención; o
- para fines de notificación, como se describe anteriormente en "Usos y divulgaciones de información médica".

Si va a solicitarnos alguna restricción de este tipo sobre cómo vamos a utilizar o divulgar información sobre usted, haga la solicitud de restricción por escrito al Oficial de Privacidad. Debe indicarnos claramente qué restricciones solicita. Debe decirnos qué información no desea que usemos o divulguemos. También debe decirnos a quién no desea que le demos la información sobre usted.

Por favor, comprenda que puede solicitarnos tales restricciones, pero la ley no nos exige que estemos de acuerdo con tales restricciones, excepto como se describe en el siguiente párrafo. Si aceptamos su solicitud, la respetaremos hasta el momento en que usted retire o cancele la solicitud de restricción por escrito.

Solicitud de Restricción de Divulgaciones a su Plan de Salud. Tiene derecho a solicitar una restricción de la información divulgada a su plan de salud si:

- La divulgación tiene el propósito de realizar pagos o operaciones de atención médica y no es requerida por la ley; y
- La PHI se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual usted, o una persona en su nombre (que no sea su plan de salud), nos ha pagado en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios.

Terminación de una Restricción. Podemos rescindir cualquier restricción previamente acordada sobre el intercambio de PHI si:

- Acepta o solicita la rescisión por escrito;
- Usted acepta verbalmente la terminación y el acuerdo verbal está documentado, o;
- Se le informa que estamos rescindiendo nuestro acuerdo con una restricción, excepto que dicha rescisión no es efectiva para la PHI para solicitudes de restricciones a su plan de salud como se identificó en la sección anterior.

Solicitud de Comunicación Confidencial. Puede solicitarnos, por escrito, que nos comuniquemos con usted de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que no lo llamemos por teléfono o que lo llamemos a cierto número de teléfono; o puede pedirnos que le enviemos cosas por correo a una determinada dirección. Siempre que la solicitud sea razonable, respetaremos su solicitud y no le pediremos una explicación sobre la solicitud.

Inspection and copying. In most cases, you have the right to look at or get a paper or electronic copy of the information we have about you in our medical and business records. If you request a copy of the information, or agree to a summary or explanation of the information, we will charge you a reasonable fee for the copying, postage, and/or preparing the explanation or summary, as applicable. If your request for access directs our facility to transmit the copy of PHI directly to a third-party designated by you, we must provide the copy to the person you designate.

The law may not allow you to look at certain types of information about you. If we decide that you may not look at or copy certain information about you, under some circumstances, you may question that decision and have it reviewed. Please contact the facility Compliance Officer if you have questions about access to your health information.

Right to an Electronic Copy of Electronic Medical Records. If your PHI is maintained in an electronic format (known as electronic medical record or and electronic health record), you have the right to request that an electronic copy of your medical record be given to you or transmitted to another individual or entity. We will make every effort to provide access to your PHI in the form or format you request, if it is readily producible in such form or format. If the PHI is not readily producible in the form or format you request, your records will be provided in either our standard electronic format or if you do not want this form or format, a readable hard copy form. We may charge you a reasonable cost-based fee for the labor associated with transmitting the electronic medical record.

Request for amendment. If you believe that PHI about you in our medical or business record is incorrect or if important information is missing, you may ask us, in writing, to amend the information. Under certain circumstances, we may deny your request, in whole or in part. If we deny your request, we will notify you of the denial. You may then submit to us a written statement of disagreement. We may then prepare a rebuttal and provide a copy of it to you.

Accounting of disclosures. You have the right to receive a list of disclosures about you that we have made during a period of up to three years before the date of your request. Your request may state a shorter time period. The list will not include any disclosures made for purposes of carrying out treatment, payment, or health care operations. It will not include disclosures made to you, those made with your authorization, or those made for facility directory or notification purposes. There are other exceptions, restrictions, and limitations to this right.

Paper copy of the Notice. You have the right to request and obtain a paper copy of this Notice of Privacy Practices, even if you have agreed to receive the notice electronically.

You have the right to file a complaint. If you believe your privacy rights regarding your PHI may have been violated, you may file a complaint with the facility, the HHSC Corporate Office, or the Secretary of the Department of Health and Human Services. You will not be penalized for filing a complaint in good faith.

This section on "Your Rights" does not describe all the details of your rights. Nor does it describe in detail all the exceptions, restrictions, and limitations that may apply to those rights. For further information and details, and for any questions that you may have, please contact our Privacy Officer. The contact information is provided below in the "Contact" section of this Notice.

### **Our Legal Duties**

We are required by law to:

- Keep records of the care that we provided you
- Protect the privacy of your PHI;
- Provide this notice about our legal duties and privacy practices with respect to your PHI ; and
- To abide by what this Notice of Privacy Practices says.
- To notify you of breaches of your unsecured PHI as an individual has the right to, or will receive notifications of, breaches of his or her unsecured PHI.

Revising this Notice of Privacy Practices. We reserve the right to change this Notice of Privacy Practices, and to make the new (changed) Notice apply to all health information and records that we have at that time, including information about you that we obtained or created before the change. The new Notice will be posted in our facilities, and on our web site at [www.netterjortizmd.com]. You may also call the Privacy Officer and request that a copy of the revised Notice be sent to you by mail.

Complaints. If you believe that we have violated any of your privacy rights, you may complain to us by calling or writing our Privacy Officer, whose name, telephone number, and address appear below. You may also complain to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201 (Call: 202-619-0257 or go to the website of the Office for Civil Rights, [www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/), for more information. We will not retaliate against you for questioning or complaining to us, or for filing a complaint against us.

Please contact our Privacy Officer for any further information about the complaint process.

### **Contact**

Please contact the Compliance and Privacy Officer for any questions you may have, and for further information about anything in this Notice:

Compliance and Privacy Officer  
NETTER J. ORTIZ, M.D., P.L.L.C.  
2100 Village Center Dr., Suite F1  
Brownsville, TX 78526  
Main: (956) 525-7084

### **Effective Date**

Revisions: Mar. 11, 2022



# Netter J. Ortiz, M.D., P.L.L.C.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de NETTER J. ORTIZ, M.D., P.L.L.C.

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

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE

### RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad  
de NETTER J. ORTIZ, M.D., P.L.L.C.

Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de testigo: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Debe ser firmado por un padre o representante personal cuando el paciente sea menor de edad o  
incompetente (padre o representante designado del paciente).

Padre o representante designado del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de testigo: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
**OFFICE USE:**

Identity of authorized signer verified by:  State ID  Driver's License

Other \_\_\_\_\_

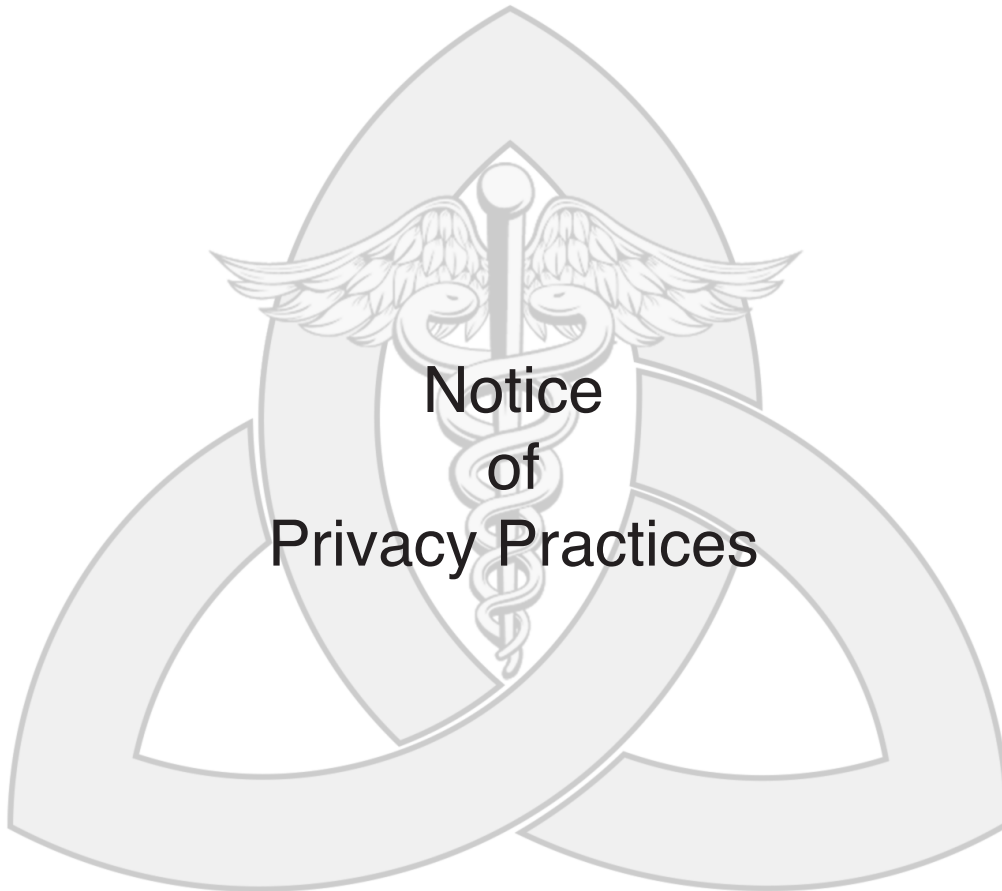
Documentation of authorization as "designated patient representative".

Copy obtained for permanent record:  Yes  No

By: \_\_\_\_\_



**Netter J. Ortiz, M.D., P.L.L.C.**



Notice  
of  
Privacy Practices