

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices Acuse de Recibo de la Notificación de Prácticas Confidenciales

English

Section A: Acknowledgement of Receipt of Privacy Practice Notice

Please print name: _____

Date of birth: _____

I have received a copy of this office's of Privacy Practices.

Signature: _____

Date: _____

If a personal representative signs this authorization on behalf of the individual, complete the following:

Personal representative's name: _____

Relationship to individual: _____

Representative's telephone: () _____

Signature: _____

Date: _____

Section B: Good Faith Effort to Obtain Acknowledgement of Receipt

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify) _____

The updated **Notice of Privacy Practices** has been made available to me.

Signature: _____

Date: _____

Español

SECCIÓN A: Acuse de Recibo de la Notificación de Prácticas Confidenciales.

Nombre (letra de imprenta): _____

Fecha de Nacimiento: _____

He recibido una copia de la notificación de las Prácticas Confidenciales.

Firma: _____

Fecha: _____

Si un representante personal firma esta autorización por parte de este individuo complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono del representante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

SECCIÓN B: Esfuerzo de buena fe para obtener el Acuse de Recibo

Tratamos de obtener el acuse de recibo por escrito de nuestra Notificación de las Prácticas Confidenciales, pero el acuse de recibo no se pudo obtener debido a:

- El paciente se negó a firmar
- Barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos impidió el obtener el acuse de recibo
- Otro (favor de especificar) _____

El puesto al día de la **Notificación de Prácticas Confidenciales** se ha puesto a mi disposición.

Firma: _____

Fecha: _____

Release of Medical or Financial Information

Due to State and Federal policy relating to privacy it is necessary to have written permission to discuss any personal medical or financial information such as medication, laboratory, radiology, diagnosis and prognosis with anyone other than yourself such as husbands, wives, children, or other relatives or friends.

Please list below any person(s) to whom you will allow us to release any medical or financial information. If no one is listed then we will only discuss your medical and financial information with you. Information will still be provided to other health care providers, hospitals, or your insurance companies for the purpose of authorizations or other treatment or specialty referrals. Information to any other entity will need your separate signature specifically authorizing them to access your records.

I hereby authorized you to release my medical or financial information to the following:

Name _____	Relationship _____
Name _____	Relationship _____
Name _____	Relationship _____

If you have additional names please list them on the back of this notice.

Patient's name _____	Signature _____
Date of birth _____	Today's Date _____

Liberación de Información Médica o Financiera

Debido a políticas de privacidad Estatales y Federales, es necesario que usted nos de autorización por escrito antes de proporcionar cualquier información médica o financiera, tales como medicamentos, servicios de laboratorio, radiología, diagnosis y prognosis a sus familiares o amigos

Por favor escriba abajo los nombres de las personas a quienes usted da autorización para obtener información de su expediente médico. Si no da el nombre de alguna persona, solo podremos hablar con usted sobre su expediente médico. La información de su expediente médico continuará a disposición de otras clínicas, hospitales, y compañías de seguro médico para fines de autorización de tratamientos médicos u otras referencias de tratamiento o especialidad. Para proporcionar información de su expediente a cualquier otra entidad se requerirá de su firma por separado.

Yo, por la presente, doy autorización de obtener información de mi expediente médico a las personas nombradas abajo:

Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____

Si tiene nombres adicionales favor de enlistarlos al reverso de esta hoja

Nombre de paciente _____	Firma _____
Fecha de nacimiento _____	La fecha de hoy _____

Richard Brand, M.D.

A Professional Corporation

2241 Wankel Way, Suite B • Oxnard, CA 93030

(805) 983-0425 • Fax (805) 983-0414

Notice Of Privacy Practices

Release Authorization

As required by law protected healthcare information in your medical record will require a signed authorization to release. Your health care record may include information from multiple physicians, laboratories, hospitals and other entities. Included data such as (sexuality, HIV, mental health, e-mails, etc.), are those in which will remain protected and will require authorization.

Our practice is dedicated to maintaining the privacy of your individually identifiable health information. During the course of providing your medical care, our office will create records regarding you and the treatment and services we give you. Effective April 14, 2003, federal law requires us to give our patients a notice of our privacy practices. This law is complicated and our goal is to help you better understand the Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA). This notice describes how information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

Right to a copy of your medical information

To have a copy of your medical information, you must submit a written request to our privacy officer. If you request a copy of your medical information, we may charge a reasonable fee for the cost of labor, postage and supplies associated with your request.

Right to request restrictions

You have the right to request restrictions and or limitations on medical information we use or disclose about you for treatment, payment, or health care operations. If you pay in full for out-of-pocket services obtained in our office, you have the right to request that medical information to those services not be disclosed to any health plans for purposes of payment or health care options. You also have the right to limit medical information to someone who is involved in your care or the payment for your care.

If we agree, we will comply with your request unless restricted information is needed to provide you with emergency treatment. To request restrictions, you must make your request in writing to our privacy officer. Your request must specify exactly what information you would like limited, whether to limit our use, disclosure or both, and to whom you want the limits to apply.

Right to receive notice of breach

We are required to notify you by first class mail on any breaches of unsecured Protected Health Information as soon as possible, but in any event, no later than 60 days following the discovery of the breach. Breach notices have to include the following information:

- A brief description of the breach, including date of breach and date of discovery, if known:
- Description of type of Unsecured Protected Health Information involved in breach

- Steps you should take to protect yourself from potential harm resulting from the breach:
- Description of actions our office is taking to investigate the breach, losses, and protect against further breaches:
- Contact information, including toll free numbers, e-mail address, web site or postal address for questions or to obtain additional information.

Understanding Your Health Record/Information

Each time you visit a hospital, physician, or other health care provider, a record of your visit is made. Typically, this record contains your symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care or treatment. This information, often referred to as your health or medical record, serves as a:

- basis for planning your care and treatment
- means of communication among the many health professionals who contribute to your care
- legal document describing the care you received
- means by which you or a third party payer can verify that services billed were actually provided
- a tool in educating health professionals
- a source of data for medical research
- a source of information for public health officials charged with improving the health of the nation
- a tool with which we can access and continually work to improve the care we render and the outcomes we achieve

Understanding what is in your record and how your health information is used helps you to:

- ensure its accuracy
- better understand who, what, when, where and why others may access your health information
- make more informed decisions when authorizing disclosure to others

Use and Disclosure of your Medical Information

The following section describes different ways that we use and disclose medical information. Not every use or disclosure will be listed. However, we have listed all of the different ways we are permitted to use and disclose medical information. *We will not use or disclose your medical information for any purpose not listed below, without your specific written authorization. Any specific written authorization you provide may be revoked at any time by writing to us.*

For Treatment: We may use medical information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose medical information about you to doctors, nurses, technicians, medical students or other people who are taking care of you. We may also share medical information about you to your other health care providers to assist them in treating you.

For Payment: We may use and disclose your medical information for payment purposes.

For Health Care Operations: We may use and disclose your medical information, for our health care operations. This might include measuring and improving quality, evaluating the performance of employees, conducting training programs, and getting the accreditation, certificates, licenses and credentials we need to serve you.

Additional Uses and Disclosure: In addition to using and disclosing your medical information for treatment, payment, and health care operations, we may use and disclose medical information for the following purposes:

Notification: Medical information to notify or help notify: a family member, your personal representative or another person responsible for your care. We will share information about your location, general condition, or death. If you are present, we will get your permission if possible before we share, or give you the opportunity to refuse permission. In case of an emergency, and if you are not able to give or refuse permission, we will share only the health information that is directly necessary for your health care, according to our professional judgment. We will also use our professional judgment to make decisions in your best interest about allowing someone to pick up medicine, medical supplies, x-ray or medical information for you. We may also share health information with your relatives and/or personal representatives regarding payment for your care..

Disaster Relief: Medical information with a public or private organization or person who can legally assist in disaster relief efforts.

Fund Raising: We may provide medical information to one of our affiliated fund raising foundations to contact you for fund raising purposes. We will limit our use and sharing to information that describes you in general, not personal terms, and the dates of your health care. In any fund raising materials, we will provide you a description of how you may choose not to receive future fund raising communications. You have the right to Opt out completely of any fundraising.

Research in Limited Circumstances: Medical information in research purposes in limited circumstances where the research has been approved by a review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of medical information.

Funeral Director, Coroner, Medical Examiner: To help them carry out their duties, we may share the medical information of a person who has died with a coroner, medical examiner, funeral director, or an organ procurement organization.

Specialized Government Function: Subject to certain requirements, we may disclose or use health information for military personnel and veterans, for national security, intelligence activities, protective services, government programs providing public benefits, medical suitability determinations for the Department of State, and for correctional institutions and other law enforcement custodial situations.

Court Orders and Judicial and Administrative Proceedings: We may disclose medical, information in response to a court or administrative order, subpoena, discovery request, or other

lawful process, under certain circumstances. Under limited circumstances, such as a court order, warrant, or grand jury subpoena, we may share your medical information with law enforcement officials. We may share limited information with a law enforcement official concerning the medical information of a suspect, fugitive, material witness, crime victim or missing person. We may share the medical information of an inmate or other person in lawful custody with a law enforcement official or correctional institution under certain circumstances.

Public Health Activities: As required by law, we may disclose your medical information to public health or legal authorities charged with preventing or controlling disease, injury or disability, including abuse or neglect. We may also disclose your medical information to the Food and Drug Administration for purposes of reporting adverse events associated with product defects. We may notify a person who may have been exposed to a communicable disease or otherwise be at risk of contracting or spreading a disease or condition.

Our Legal Duty

Law Requires Us to:

1. Keep your medical information private.
2. Give you this notice describing our legal duties, privacy practices, and your rights regarding your medical information.
3. Follow the terms of the notice now in effect.

We Have the Right to:

1. Change our privacy practices and the terms of this notices at any time, provided that the changes are permitted *by law*.
2. Make the changes in our privacy practices and the new terms of our notice effective for all medical information that we keep, including information previously created or received before the changes.

Notice of Change to Privacy Practices:

1. Before we make an important change in our privacy practices, we will change this notice and make the new notice available upon request.

Question of Complaints:

If you have any questions about this notice or if you think that we may have violated your privacy or rights, please contact us.

Richard Brand, M.D.

A Professional Corporation

2241 Wankel Way, Suite B • Oxnard, CA 93030
(805) 983-0425 • Fax (805) 983-0414

Notificación de Prácticas Confidenciales

Autorización de Divulgación

Como está establecido por la ley, la información confidencial de pacientes en su expediente médico requerirá autorización firmada por escrito. Su expediente médico puede contener información de varios médicos, laboratorios, hospitales, y otras instituciones. Sus datos personales tales como sexo, HIV, salud mental, correo electrónico, etc. están entre los que permanecerán bajo protección y requerirán autorización.

Nuestra práctica está dedicada a proteger su información personal de salud que puede ser identificada en forma confidencial. Durante el curso de proporcionarle a usted servicios de salud, nuestro consultorio creará expedientes con respecto a usted y al tratamiento y servicios que le proporcionamos. A partir del 14 de abril de 2003, la ley federal requiere que nosotros les proporcionemos a nuestros pacientes una notificación de nuestras prácticas confidenciales. Esta ley es complicada y nuestra meta es ayudarle a usted a tener un mejor entendimiento del Decreto de Responsabilidad y Movilidad de la Información de Salud (HIPAA). Esta notificación describe como puede utilizarse y divulgarse esta información y como puede usted tener acceso a esta información. Favor de revisarla cuidadosamente.

El derecho a obtener una copia de su expediente médico

Para obtener una copia de su expediente médico tendrá que solicitarlo por escrito al/la oficial de privacidad. Si usted solicita copia de su expediente médico, es posible que se le cobre una cuota razonable por el trabajo, materiales y franqueo.

El derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar que se pongan restricciones y limitaciones en la información que podamos revelar y/o utilizar sobre su tratamiento, pagos, u operaciones de su cuidado de salud. Si usted paga por completo por los servicios obtenidos en nuestra oficina, usted tiene el derecho de solicitar que no se divulgue ninguna información sobre esos servicios a ningún plan de salud con fines de pago o de opciones de cuidado de salud. También tiene usted el derecho de limitar la información médica a alguien responsable por su cuidado o pago por servicios.

Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud excepto en casos en que la información sea necesaria para proveerle a usted algún tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted deberá hacerlo por escrito a nuestro oficial de privacidad. Su solicitud deberá especificar exactamente qué información desea usted limitar, ya sea limitar su uso, divulgación o ambas cosas, y a quienes desea poner dichos límites.

El derecho de recibir notificación de infringingimiento

Tenemos la obligación de notificarle por correspondencia sobre cualquier infringingimiento de información de salud no protegida en cuanto sea posible, pero antes de 60 días después de que se descubra la violación. La notificación de infringingimiento debe incluir lo siguiente:

- Una descripción breve del infringingimiento, incluyendo la fecha de lo ocurrido y fecha en que fue descubierto, si es conocido:
- Descripción del tipo o información no protegida de la que se trata
- Medidas que debe usted tomar para protegerse de posibles daños por el infringingimiento:
- Descripción de las acciones tomadas por nuestro personal para investigar el infringingimiento, pérdidas, y evitar que se repita el infringingimiento:

El entender su Expediente / Información acerca de su Salud

Cada vez que usted asiste al hospital, al médico o a otro proveedor de servicios de salud, se lleva un registro de que usted ha tenido una típicamente, este expediente contiene sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para atención o tratamiento en el futuro. Esta información, frecuentemente mencionada como su expediente médico o de salud, sirve como:

- base para planificar su atención y tratamiento
- forma de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a sus servicios de salud
- un documento legal que describe los servicios recibidos
- el medio en el que usted y una tercera persona que paga por los servicios puede verificar que los servicios facturados fueron de hecho proporcionados
- una herramienta para educar a los profesionales de la salud
- una fuente de datos para la investigación médica
- una fuente de información para los funcionarios de salud pública a cargo de mejorar la salud de la nación
- una herramienta a la que podemos tener acceso y con la que podemos trabajar continuamente para mejorar los servicios que proporcionamos y los resultados que logramos.

Entender que es lo que está en su expediente y como es que el usar su información de salud le ayuda a usted a:

- asegurar que esté correcta
- tener un mejor entendimiento de quien, que, cuando, donde y por que otros pueden tener acceso a su información de salud.
- tomar mejores decisiones con mayor información cuando autorice la divulgación a otros.

Utilización y Divulgación de su Información Médica

La siguiente sección describe diferentes formas en que utilizamos y divulgamos información médica. No se incluirán en la lista todos los usos ni formas de divulgación. Sin embargo, hemos anotado en la lista todas las diferentes maneras en que se nos permite utilizar y divulgar información médica. Sin embargo, hemos incluido en la lista todas las diferentes maneras en que se nos permite utilizar y divulgar información médica. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica por ningún propósito que no esté en la lista a continuación, sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización

específica por escrito que usted proporcione podrá ser revocada en cualquier momento al dirigirse a nosotros por escrito.

Para Tratamiento: Podemos utilizar la información médica acerca de usted para proporcionarle tratamiento médico o servicios. Podemos revelar información médica acerca de usted a sus doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otras personas que lo atienden a usted. Podemos también compartir información médica acerca de usted a sus otros proveedores de servicios de salud para ayudarles a ellos a quienes le den tratamiento a usted.

Para el Pago: Podemos utilizar y divulgar su información con el propósito de pagos.

Para los Procedimientos de sus cuidados de salud: Podemos utilizar y divulgar su información de salud para nuestros procedimientos de atención a la salud. Esto puede incluir el medir y mejorar la calidad, evaluar el desempeño de nuestros empleados, el conducir programas de capacitación, y el obtener la acreditación, certificados, licencias y credenciales que necesitamos para servirle a usted.

Usos Adicionales y Divulgación: Además de utilizar y divulgar su información médica para tratamiento, pago y procedimientos de atención a la salud. Podemos utilizar y divulgar su información médica para los siguientes propósitos.

Notificación: La información médica para notificar o ayudar a notificar: a un familiar, a su representante personal o a otra persona responsable de sus cuidados. Compartiremos información acerca de su localización, condición en general o fallecimiento. Si usted está presente, le pediremos a usted permiso, si es posible, antes de compartir la información, o de darselos a usted la oportunidad de rehusarse a dar el permiso. En caso de emergencia, y si usted no puede dar el permiso o se rehúsa a dar el permiso. En caso de emergencia, o si usted no puede dar el permiso o se rehúsa a dar el permiso, compartiremos únicamente su información médica que sea directamente necesaria para sus cuidados de salud de acuerdo a nuestro juicio profesional. También utilizaremos nuestro juicio profesional para tomar decisiones para su beneficio como permitirle a alguien el recoger su medicina, suministros médicos, radiografías o información médica para usted. También podremos compartir información médica con sus parientes y/o representantes personales con respecto al pago por los servicios que se le dan a usted.

Ayuda en caso de desastre: Información médica con una organización pública o privada o persona que legalmente puede ayudar a los damnificados del desastre.

Recaudación de fondos: Podemos proporcionar información de salud a una de nuestras fundaciones afiliadas que recopilan fondos para que se comuniquen con usted con el propósito de recaudar fondos. Limitaremos el uso y divulgación de información que le describe a usted, en forma general y no en términos personales y las fechas de sus servicios de salud. En todos los materiales que se usan para recaudar fondos, le proporcionaremos a usted una descripción de cómo puede usted elegir el no recibir comunicación acerca de las actividades de recaudar fondos en el futuro. Usted tiene el derecho de no participar en recaudación de fondos

Investigación en Circunstancias Limitadas: La información médica para los propósitos de investigación en donde la investigación ha sido aprobada por una Junta de Revisión que ya ha revisado la propuesta de

investigación y ha establecido protocolos para asegurar la protección confidencial de la información médica.

Directores de Funerarias, Médico Forense. Para ayudarles a desempeñar sus funciones, podremos compartir la información médica de una persona fallecida con el médico forense, el director de una funeraria o una organización proveedora de órganos.

Funciones Gubernamentales Especializadas: Sujeto a ciertos requerimientos, podremos divulgar o utilizar la información médica para el personal militar y los veteranos, para la seguridad nacional, el médico forense o una organización proveedora de órganos.

Órdenes de Tribunales y Procedimientos Administrativos y Judiciales: Podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden de los tribunales o a una orden administrativa, a un citatorio obligatorio, petición para investigación u otros procesos jurídicos, bajo ciertas circunstancias. Bajo circunstancias limitadas, tales como una orden de los tribunales, una orden de arresto o un citatorio obligatorio del gran jurado, podremos compartir su información médica con los oficiales de las autoridades. Podemos compartir información médica limitada de un reo o de otra persona bajo custodia legal con los oficiales de las autoridades o con una institución correccional bajo ciertas circunstancias.

Actividades de Salud Pública: Según lo requiere la ley, podremos divulgar su información médica a las autoridades judiciales o de salud pública que tienen como cargo el prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad, incluyendo el abuso o la negligencia. También podremos divulgar su información médica a la Administración de Alimentos y Drogas con el propósito de reportar actividades adversas asociadas con productos defectuosos. Podemos notificar a una persona que haya estado expuesta a enfermedades contagiosas o que pueda estar ante el riesgo de contraer o ser fuente de contagio de alguna enfermedad o condición de salud.

Nuestros Deberes Legales

La ley requiere que hagamos lo siguiente:

1. Mantener su información médica personal en forma confidencial.
2. Darle a usted esta notificación describiendo nuestros deberes legales, prácticas de protección a la información confidencial y sus derechos con respecto a su información médica.
3. Seguir los términos de la notificación que está vigente.

Tenemos derecho a:

1. Cambiar nuestras prácticas de protección a su información y a los términos de estas notificaciones en cualquier momento, siempre y cuando los cambios estén permitidos *por ley*.
2. Llevar a cabo los cambios en nuestras prácticas de protección a su información y en los nuevos términos de nuestra notificación que surte efecto en toda la información médica que conservamos incluyendo la información previamente creada o recibida antes de los cambios.

Notificación a los Cambios en las Prácticas de Protección a su Información:

1. Antes de hacer algún cambio importante a nuestras prácticas de protección a su información, cambiaremos esta notificación y tendremos disponible la nueva notificación para quien la solicite.

Preguntas y Quejas:

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta notificación o si piensa que hemos infringido su información confidencial o sus derechos por favor comuníquese con nosotros.