



5507 South Congress Avenue, Suite 140  
Atlantis, FL 33462  
561-965-6685 (P), 561-965-8525 (F)

## Información de salud protegida (PHI) / HIPAA

Nombre del paciente (en letra) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Debido a las regulaciones federales implementadas recientemente, el siguiente aviso público de Florida Allergy & Asthma Associates: Atlantis entra en vigencia el 1 de noviembre de 2011

### Florida Allergy & Asthma Associates - Atlantis debe:

1. Mantener la privacidad de su información médica.
2. Proporcionarle este aviso sobre cuáles son nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y que mantiene sobre usted.
3. Cumpla con los términos de esta práctica.
4. Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada y atender cualquier solicitud razonable que pueda tener para comunicar medios alternativos de salud o ubicaciones alternativas.
5. No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.
6. Usaremos y divulgaremos su PHI para facturar y cobrar pagos por los servicios y artículos que haya recibido de nosotros. Por ejemplo, nos comunicaremos con su aseguradora para certificar que usted es elegible para los beneficios y podemos proporcionarle a su asegurador detalles sobre su tratamiento para determinar si su asegurador cubrirá o pagará su tratamiento.

### ESTAMOS PERMITIDOS PARA USAR, Y PUEDE SER NECESARIO, DIVULGAR SU PHI BAJO CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:

1. **Divulgación requerida por ley:** Nuestra práctica usará y divulgará su PHI cuando así lo exija la ley federal, estatal o local, incluidas las actividades de supervisión de la salud, órdenes judiciales o administrativas o procedimientos legales similares.
2. **Riesgos para la salud pública:** nuestra práctica puede divulgar su PHI a las autoridades de salud pública que están autorizadas a recopilar información para fines tales como mantener registros vitales, prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o notificar a una persona sobre la posible exposición a una enfermedad contagiosa.
3. **Amenazas graves para la salud o la seguridad:** nuestra práctica puede divulgar su PHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona y la seguridad de otra persona o del público.
4. **Pacientes fallecidos:** nuestra práctica puede divulgar PHI a un médico forense o forense para identificar a una persona fallecida o para identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias realicen su trabajo.
5. **Donante de órganos:** nuestra práctica puede divulgar PHI a un centro médico para la obtención de tejidos para trasplantes, incluidos los bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos si usted es un donante de órganos.
6. **Compensación para trabajadores:** nuestra práctica puede divulgar su PHI para programas de compensación para trabajadores y similares.



5507 South Congress Avenue, Suite 140  
Atlantis, FL 33462  
561-965-6685 (P), 561-965-8525 (F)

Nuestra práctica puede comunicarse con usted o su representante autorizado (consulte el formulario de autorización adjunto) para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. La práctica puede comunicarse habitualmente con los pacientes por teléfono en el hogar o en el trabajo, por correo en el hogar y, a menos que se solicite lo contrario, puede dejar mensajes en el correo de voz apropiado o en el servicio de respuesta con respecto a citas y preguntas sobre facturación.

Todas las solicitudes de registros médicos deben estar escritas a mano y deben contener:

**Nombre completo**  
**Fecha de nacimiento**  
**Dirección de envío**  
**Número de teléfono**  
**Firma escrita**

**Se puede solicitar una tarifa adicional para generar una copia o enviar por correo todos los registros médicos, según las reglas practicadas por la clínica.**

En ningún momento ninguna persona, incluido su cónyuge, podrá obtener información de sus registros médicos sin autorización previa por escrito. Solo los padres o Guardián legales de un niño menor de 18 años podrán acceder a la información del expediente médico, con prueba del número de seguro social y la fecha de nacimiento del niño.

#### **Derechos del Paciente**

1. **Comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nuestro consultorio se comunique con usted sobre la salud y problemas relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Nuestra oficina se acomodará a las solicitudes razonables.
2. **Solicitud de restricciones:** Tiene derecho a solicitar una restricción sobre nuestro uso de la divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con tu petición; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos sujetos a nuestro acuerdo, excepto cuando la ley exija lo contrario, en emergencias o cuando la información sea necesaria para brindarle tratamiento.
3. **Inspección y copias:** Tiene derecho a solicitar y obtener una copia de su PHI. Nuestra práctica cobrará una tarifa por el costo de las copias, el envío por correo, la mano de obra y los suministros asociados con su solicitud. Nuestra práctica puede denegar su solicitud de inspeccionar y / o copiar circunstancias limitadas. Sin embargo, puede solicitar una revisión de nuestra denegación.
4. **Enmienda:** Puede solicitarnos que enmendemos su información médica si cree que es incorrecta o está incompleta, y puede solicitar una enmienda mientras la información se mantenga en esta práctica o para ella. Su solicitud debe proporcionarnos el motivo que respalda su solicitud de enmienda. Su solicitud puede ser denegada si nos pide que modifiquemos información que, en nuestra opinión, es: a) precisa y completa; b) No es parte de la PHI guardada por o para la práctica; c) No forma parte de la PHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o d) No creado por nuestra práctica; a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para modificarla.
5. **Derechos a una copia impresa de este aviso:** Tiene derecho a recibir una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.
6. **Derechos para presentar una queja:** si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra práctica o ante la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.



5507 South Congress Avenue, Suite 140  
 Atlantis, FL 33462  
 561-965-6685 (P), 561-965-8525 (F)

Si tiene alguna pregunta con respecto a este aviso o le gustaría ejercer cualquiera de sus derechos en virtud de este aviso, puede comunicarse con:

Florida Allergy & Asthma Associates - Atlantis  
 5507 S. Congress Avenue # 140  
 Atlántico FL 33462  
 Teléfono: 561-965-6685

Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Florida Allergy & Asthma Associates- Atlantis y entiendo que si tengo alguna pregunta sobre este aviso, puedo comunicarme con la oficina al 561-965-6685.

A continuación se indican los nombres de las personas a las que me gustaría que Florida Allergy & Asthma Associates - Atlantis permitiera la divulgación de información de salud de identificación individual (IIHI). (Por favor, especifique el tipo de información que se puede divulgar, como análisis de laboratorio, información sobre citas, información sobre prescripciones, etc. Puede indicar "Todos" si corresponde).

Nombre	Relación con el paciente	Divulgación permitida
--------	--------------------------	-----------------------

\_\_\_\_\_  
 Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta



5507 South Congress Avenue, Suite 140  
Atlantis, FL 33462  
561-965-6685 (P), 561-965-8525 (F)

### Protected Health Information (PHI) / HIPAA

Patient Name (Print) \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Due to recent implemented Federal Regulations the following public notice by Florida Allergy & Asthma Associates - Atlantis is effective as November 1, 2011

#### The Florida Allergy & Asthma Associates - Atlantis is required to:

1. Maintain the privacy of your health information
2. Provide you with this notice as to what our legal duties and privacy practices are with respect to information we collect and maintain about you.
3. Abide by the terms of this practice.
4. Notify you if we are unable to agree to a requested restriction, and accommodate any reasonable request you may have to communicate health alternative means or alternative locations.
5. We will not use or disclose your health information without your authorization, except as described in this notice.
6. We will use and disclose your PHI in order to bill and collect payments for the services and items you may have received from us. For example, we will contact your insurer to certify that you are eligible for benefits and we may provide your insurer with details regarding your treatment to determine if your insurer will cover, or pay for your treatment.

#### WE ARE PERMITTED TO USE, AND MAY BE REQUIRED, TO DISCLOSE YOUR PHI UNDER SPECIAL CIRCUMSTANCES:

1. **Disclose Required By Law:** Our practice will use and disclose your PHI when we are required to do so by federal, state, or local law, including health oversight activities, court or administrative orders or similar legal proceedings.
2. **Public Health Risks:** Our practice may disclose your PHI to public health authorities who are authorized to collect information for such purposes as maintaining vital records, preventing or controlling disease, injury, or disability; or notifying a person regarding potential exposure to a communicable disease.
3. **Serious Threats to Health of Safety:** Our practice may disclose your PHI when necessary to reduce or prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of another health and safety of another individual or the public.
4. **Deceased Patients:** Our practice may release PHI to a medical examiner or coroner to identify a deceased individual or to identify the cause of death. If necessary, we also may release information in order for funeral directors to perform their jobs.
5. **Organ Donor:** Our practice may release PHI to a medical facility for tissue procurement of transplantation, including organ donation banks, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation if you are an organ donor.
6. **Workers Compensation:** Our practice may release you PHI for workers compensation and similar programs

Our practice may contact you or your authorized representative (see authorization form attached) to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you. The practice might routinely contact patients via telephone at home and or work, via mail at home, and unless otherwise requested, may leave messages on the appropriate voicemail or answering service regarding appointments and billing questions.



5507 South Congress Avenue, Suite 140  
Atlantis, FL 33462  
561-965-6685 (P), 561-965-8525 (F)

All requests for medical records should be hand written and should contain:

**Full name**

**Date of Birth**

**Mailing Address**

**Phone Number**

**Written Signature**

**An additional fee might be asked for generating a copy or mailing all medical records, as per the rules practiced by the clinic.**

At no time will any person, including your spouse, be able to obtain information from your medical records without prior written authorization. Only parents or legal guardians of a child under the age of 18 will be allowed to access medical record information, with proof of the child's social security number and date of birth.

### **Patient Rights**

1. **Confidential Communications:** You have the right to request that our practice communicate with you about health and related issues in a particular manner or at a certain location. Our practice will accommodate reasonable requests.
2. **Requesting Restrictions:** You have the right to request restriction on our use of disclosure of your PHI for treatment, payment, or healthcare operations. We are not required to agree to your request; however if we do agree, we are bound by our agreement except when otherwise required by law, in emergencies, or when the information is necessary to treat you.
3. **Inspection and copies:** You have the right to request and obtain a copy of your PHI. Our practice will charge a fee for the cost of copying, mailing, labor, and supplies associated with your request. Our practice may deny your request to inspect and / or copy limited circumstances. However, you may request a review of our denial.
4. **Amendment:** You may ask us to amend your health information if you believe it is incorrect or incomplete, and you may request an amendment for as long as the information is kept by or for this practice. Your request must provide us with the reason that supports your request for amendment. Your request may be denied if you ask us to amend information that is in our opinion: a) Accurate and complete; b) Not part of the PHI kept by or for the practice; c) Not part of the PHI that you would be permitted to inspect and copy; or d) Not created by our practice; unless the individual or entity that created the information is not available to amend the information
5. **Rights to a Paper Copy of This Notice:** You are entitled to receive a copy of our notice of privacy practices. You may ask us to give you a copy of this notice at any time.
6. **Rights to file a complaint:** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with our practice or with the secretary of the Department of Health and Human Services. All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized for filing a complaint.



5507 South Congress Avenue, Suite 140  
Atlantis, FL 33462  
561-965-6685 (P), 561-965-8525 (F)

If you have any questions regarding this notice or would like to exercise any of your rights under this notice, you may contact:

Florida Allergy & Asthma Associates  
5507 S. Congress Avenue #140  
Atlantis, FL 33462  
Phone: 561-965-6685

**ACKNOWLEDGEMENT**

I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practice from Florida Allergy & Asthma Associates- Atlantis and understand that if I have any questions this notice I may contact the office at 561-965-6685.

Indicated below are names of any person(s) to whom I would like Florida Allergy & Asthma Associates - Atlantis to allow disclosure of Individually Identifiable Health Information (IIHI). (Please, specify the type of Information that may be disclosed, such as lab test, appointment information, prescription information, etc. You may indicate "All" if appropriate).

Name	Relation to Patient	Allowed Disclosure

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Person Authorized to consent for patient

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Name of Patient or Person Authorized to consent for patient