



Aviso de Prácticas de Privacidad

Para Inview Imaging y Proveedores de Imagenología Afiliados

RESUMEN DEL AVISO

Durante el transcurso de la prestación de servicios de imágenes o tratamiento en nuestras instalaciones, usted nos proporcionará cierta información personal, como historial médico, datos demográficos, información de contacto y detalles del seguro médico. También podemos recopilar información médica relevante de su médico remitente, otros proveedores de atención médica o su plan de salud. Nos referimos a esta información personal como “información médica protegida” o PHI (por sus siglas en inglés).

Entendemos que la información médica protegida es personal y confidencial, y estamos comprometidos a proteger su PHI conforme a todas las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables. Este Aviso le informará sobre las formas en que Inview Imaging y sus entidades afiliadas pueden usar y divulgar su PHI, y cómo está protegida. Por favor, lea esta información detenidamente.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Como paciente de Inview Imaging o de sus ubicaciones afiliadas, usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertas divulgaciones a personas, como familiares involucrados en su cuidado o en el pago del mismo. Sin embargo, tenga en cuenta que no estamos obligados a aceptar dichas solicitudes y podríamos optar por no brindarle tratamiento en determinadas circunstancias.
- Obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad si lo solicita. Puede solicitar una copia impresa del Aviso en persona en cualquiera de nuestras oficinas. También puede obtenerlo desde nuestro sitio web: www.inviewimaging.com.
- Inspeccionar y solicitar una copia de su historial médico, según lo permita la ley.
- Solicitar que enmendemos su historial médico, conforme a la ley. Intentaremos notificarle si no podemos cumplir con su solicitud.
- Obtener un informe sobre ciertas divulgaciones de su información médica protegida, conforme a la ley.
- Revocar su autorización para usar o divulgar su información médica protegida, excepto en la medida en que ya se haya tomado una acción basada en dicha autorización.

Puede ejercer sus derechos descritos en este Aviso enviando una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad conforme a HIPAA en: 3450 Hillcrest Avenue, Antioch, CA 94531

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Nos comprometemos a:

- Mantener la privacidad de su PHI conforme a la ley.
- Proporcionarle un Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con la PHI que mantenemos.
- Cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente.
- Reservarnos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y hacer que dichos cambios apliquen a toda la PHI que mantenemos, incluso a la información creada o recibida antes del cambio. Si cambiamos nuestras prácticas, no estamos obligados a notificarle, pero usted podrá solicitar una copia del Aviso actualizado en persona en cualquiera de nuestras ubicaciones o en nuestro sitio web.

USO Y DIVULGACIÓN AUTORIZADOS DE SU PHI

En general, no podemos usar ni divulgar su PHI sin su autorización por escrito. Sin embargo, en ciertas circunstancias, la ley nos permite hacerlo sin necesidad de autorización. Las siguientes categorías describen cómo podemos usar y divulgar su PHI sin necesidad de su autorización:

- **Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI para brindarle servicios, de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos. También podemos divulgarla a otros proveedores de atención médica para ayudar en su tratamiento y asegurar la continuidad de su atención.
- **Pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para facturar nuestros servicios y cobrar el pago a usted o a su compañía de seguros. También podríamos tener que informar a su aseguradora sobre los exámenes que va a recibir para obtener autorización previa o determinar si el servicio está cubierto.

- **Operaciones de atención médica y cumplimiento:** Podemos usar y divulgar su PHI para la operación general de nuestra empresa, como iniciativas de mejora de calidad, acreditación o para cumplir con requisitos regulatorios de atención médica, órdenes judiciales o solicitudes de información de agencias gubernamentales o autoridades.
- **Socios comerciales:** A veces trabajamos con personas o empresas externas que nos ayudan a operar. Podemos divulgar su PHI a estos socios comerciales para que realicen las tareas para las que fueron contratados. Estos socios deben garantizar la confidencialidad de su PHI.
- **Investigación y desarrollo:** Podemos divulgar información médica anonimizada, como imágenes médicas sin identificar, con fines de investigación, desarrollo u otros propósitos científicos, según lo permita la ley. Esta información solo se usará y divulgará después de eliminar toda información de identificación personal.
- **Para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad:** Conforme a la ley, podemos usar o divulgar su información médica cuando creamos que es necesario prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la de otras personas. La divulgación se limitará a quienes puedan ayudar a prevenir o disminuir dicha amenaza, o a las autoridades correspondientes.
- **Podemos usar o divulgar su PHI por cualquier motivo permitido o requerido por la ley federal, estatal o local, incluso si no encaja en las categorías anteriores.**

PRESENTACIÓN DE QUEJAS O CONSULTAS

Si considera que Inview Imaging ha violado sus derechos de privacidad, o si tiene alguna pregunta relacionada con la privacidad, puede comunicarse por escrito con nuestro Oficial de Privacidad:

Inview Imaging

Atención: Oficial de Privacidad

3450 Hillcrest Avenue, Antioch, CA 94531

Correo electrónico: info@inviewimaging.com

Asunto: Atención: Oficial de Privacidad

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido y comprendido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Inview Imaging.

Nombre del Paciente

Paciente / Garante / Persona Responsable

Fecha

Si firma alguien distinto al paciente, indique la relación: _____

Solo para Uso Interno:

No pudimos obtener el reconocimiento escrito del Aviso de Prácticas de Privacidad por la siguiente razón:
