

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIFUNDIR SU INFORMACIÓN MÉDICA, ASÍ COMO LA FORMA EN QUE USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.

1. NUESTRA OBLIGACIÓN LEGAL

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI), proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y cumplir con los términos actualmente vigentes.

2. CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIFUNDIR SU INFORMACIÓN

Podemos utilizar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito para los siguientes fines:

Tratamiento:

Para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica y los servicios relacionados en New York Brain, Spine & Joint. Esto incluye la comunicación entre los proveedores de nuestra clínica multidisciplinaria (por ejemplo, médicos, terapeutas, especialistas).

Pago:

Para facturar y cobrar el pago de los servicios que se le prestan, incluyendo el intercambio de información con las compañías de seguros.

Operaciones de atención médica:

Para operar nuestra clínica, incluyendo la evaluación de la calidad, la capacitación del personal, la concesión de licencias y las funciones administrativas.

3. OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS

También podemos usar o difundir su PHI sin su autorización cuando lo exija o lo permita la ley, incluyendo:

- Actividades de salud pública (por ejemplo, notificación de enfermedades)
- Actividades de supervisión sanitaria (p. ej., auditorías, inspecciones)
- Procedimientos legales (órdenes judiciales, citaciones)
- Fines de aplicación de la ley
- Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad
- Reclamaciones de indemnización laboral

Una vez que la información se divulga a un tercero (con su autorización), dicho destinatario puede volver a difundirse y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

4. USOS QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Obtendremos su autorización por escrito antes de:

- Utilizar o divulgar notas de psicoterapia (si corresponde)
- Comunicaciones de marketing (cuando sea necesario)
- Venta de su información de salud: No vendemos su información de salud. Sin embargo, si alguna vez tuviéramos la intención de hacerlo, la ley nos exige obtener primero su autorización por escrito.

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito.

5. PROTECCIONES ADICIONALES BAJO LA LEY DE NUEVA YORK

Ciertos tipos de información cuentan con protección adicional bajo la ley del estado de Nueva York y la ley federal, incluyendo:

- Registros de salud mental
- Información relacionada con el VIH/SIDA
- Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias: Los registros de SUD tienen protecciones más estrictas que los registros médicos estándar y, por lo general, no pueden compartirse para fines de tratamiento, pago u operaciones sin un consentimiento específico por separado.
- Información de pruebas genéticas

No divulgaremos esta información sin su consentimiento específico por escrito, a menos que la ley lo permita.

6. SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

Derecho de acceso: Puede solicitar copias de sus registros médicos.

Derecho de enmienda: Puede solicitar correcciones a sus registros si cree que son incorrectos.

Derecho a un informe de definimiento: Puede solicitar una lista de ciertas defunciones que hayamos realizado.

Derecho a solicitar restricciones: Puede solicitar límites sobre cómo usamos o difundimos su información (no siempre estamos obligados a aceptar).

Derecho a comunicaciones confidenciales: Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, solo por correo).

Derecho a una copia impresa: Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento.

Si paga un servicio íntegramente de su bolsillo, tiene derecho a solicitar que no compartamos esa información con su plan de salud para fines de pago u operaciones, y debemos aceptar esta solicitud.

7. NOTIFICACIÓN DE VIOLACIONES

Tenemos la obligación legal de notificar a las personas afectadas tras una violación de la información médica protegida no segura. Se le notificará si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

8. CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a toda la información que mantenemos y se publicará en nuestra clínica y en nuestro sitio web (si corresponde).

9. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene preguntas, inquietudes o desea ejercer sus derechos, comuníquese con:

Oficial de Privacidad: _____

Nombre de la clínica: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

10. RECLAMOS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante New York Brain, Spine & Joint o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se le penalizará por presentar una queja.

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

200 Independence Avenue, S.W.

Sala 509F, Edificio HHH.

Washington, D.C. 20201 ACUSE DE RECIBO

Confirmando que he recibido una copia de este Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

POLÍTICA DE CITAS, AUSENCIAS Y CANCELACIONES DE CIRUGÍAS

En New York Brain, Spine & Joint/Link Medical Services PLLC, las citas y los procedimientos quirúrgicos requieren tiempo dedicado por parte del médico, coordinación del personal y recursos clínicos reservados. Rogamos a los pacientes que nos avisen con tiempo si sus planes cambian, para que podamos ofrecer las citas a otras personas que necesiten atención.

Citas en el consultorio

Si no puede asistir a su cita, por favor notifique a nuestra oficina con al menos **24 horas de anticipación**. Las citas canceladas con **menos de 24 horas de anticipación** pueden estar sujetas a un cargo por cancelación de \$25.

Los pacientes que no asistan a una cita sin previo aviso pueden ser considerados como «ausentes» y se les puede cobrar un **cargo por ausencia de 25 dólares**.

Entendemos que pueden surgir emergencias y circunstancias imprevistas. Los cargos por cancelación pueden revisarse caso por caso a discreción de la clínica.

Política de cancelación de cirugías

Dado que el tiempo de quirófano, el personal y los recursos médicos se reservan con anticipación, las cancelaciones de cirugías pueden generar costos sustanciales para la clínica.

Una vez confirmada la fecha de la cirugía:

- Se puede aplicar una tarifa de cancelación de cirugía de \$1,500 por los procedimientos cancelados.
- Se puede aplicar un cargo por cancelación de cirugía de \$3,000 si la cancelación ocurre dentro de los catorce (14) días previos a la fecha programada para el procedimiento.

Por lo general, estos cargos **no están cubiertos por el seguro** y son responsabilidad financiera del paciente.

Reconocimiento del paciente

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo esta Política de citas, ausencias y cancelación de cirugías. Entiendo que el incumplimiento de la obligación de notificar con la antelación requerida puede dar lugar a cargos que son mi responsabilidad financiera y que pueden ser cobrados de acuerdo con la autorización de mi tarjeta de crédito firmada.

AVISO A LOS PACIENTES: Debido a la preocupación de que pueda existir un conflicto de intereses cuando un médico deriva a un paciente a un centro de atención médica en el que el médico tiene un interés financiero, el estado de Nueva York aprobó una ley. La ley me prohíbe, con ciertas excepciones, derivarlo para servicios de laboratorio clínico, servicios de farmacia, servicios de radioterapia o servicios de rayos X o de imágenes a un centro en el que yo o cualquiera de mis familiares directos tengamos un interés financiero. Si se aplican ciertas excepciones de la ley, o si lo derivo para servicios distintos de los de laboratorio clínico, farmacia, radioterapia o servicios de rayos X o de imágenes, puedo realizar la derivación bajo una condición. La condición es que revele este interés financiero y le informe sobre proveedores alternativos a los que puede acudir para obtener estos servicios. Esta revelación tiene como objetivo ayudarlo a tomar una decisión plenamente informada sobre su atención médica.

Yo o mis familiares directos tenemos una relación financiera con los siguientes proveedores:

NITIN MARIWALLA MD, PLLC

Para obtener más información sobre proveedores alternativos, por favor pregúnteme a mí o a mi personal. Le proporcionaremos los nombres y direcciones de los proveedores que mejor se adapten a sus necesidades individuales y que se encuentren más cerca de su hogar o lugar de trabajo.

Atentamente

Dr. Nitin Mariwalla