

LoginClinics Consentimiento Informado para Servicios de Telesalud

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de asistencia sanitaria en diferentes lugares compartan la información médica de cada paciente con el fin de mejorar la atención al paciente. Los servicios de telesalud ofrecidos por LoginClinics también pueden incluir revisión de gráficos, prescripción remota, programación de citas, intercambio de información de salud y servicios no clínicos, como educación del paciente. La información que usted proporciona puede usarse para el diagnóstico, la terapia, el seguimiento y/o la educación del paciente, y puede incluir cualquier combinación de los siguientes: (1) registros médicos y resultados de pruebas; (2) imágenes y comunicaciones asincrónicas; (3) audio y vídeo bidireccionales en directo; (4) audio interactivo con almacenamiento y transmisión; y (5) datos de salida de dispositivos médicos y documentos de sonido y vídeo.

Los sistemas de comunicación electrónica que utilizamos incorporarán protocolos de seguridad de redes y software para proteger la confidencialidad de la identidad del paciente y los datos de imagen e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra intencional o no intencional corrupción.

Los proveedores de LoginClinics (nuestros "Proveedores") son una adición y no un reemplazo para su médico de atención primaria. La responsabilidad de su atención médica general debe permanecer con su médico de atención primaria local, si tiene uno, y le recomendamos encarecidamente que localice uno si no lo hace.

Benefits esperados:

- Acceso mejorado a la atención al permitirle permanecer en su hogar mientras el Proveedor consulta y obtiene resultados de pruebas en sitios distantes/otros.
- Una evaluación y una gestión de la atención más eficaces.
- Obtener la experiencia de un especialista, según corresponda.

Posibles riesgos:

- Las demoras en la evaluación y el tratamiento podrían deberse a deficiencias o fallos del equipo y las tecnologías.

- En casos raros, nuestro proveedor puede determinar que la información transmitida es de calidad inadecuada, por lo que se necesita una consulta de telesalud reprogramada o una reunión con su médico de atención primaria local.
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal.
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede resultar en interacciones adversas de medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Si necesita recibir atención de seguimiento, asistencia en caso de una reacción adversa al tratamiento, o en caso de incapacidad para comunicarse como resultado de un fallo tecnológico o de equipo, comuníquese con LoginClinics al 919-679-1880 o por correo electrónico; admin@loginclinics.com.

Al firmar a continuación, usted reconoce que entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

1. Doy mi consentimiento para recibir los servicios de LoginClinics a través de tecnologías de telesalud. Entiendo que LoginClinics y sus proveedores ofrecen servicios médicos basados en la telesalud, pero que estos servicios no reemplazan la relación entre mi médico y mi médico de atención primaria. También entiendo que depende del proveedor determinar si mis necesidades clínicas específicas son apropiadas para un encuentro de telesalud.
2. Se me ha dado la oportunidad de seleccionar un Proveedor de LoginClinics antes de la consulta, incluyendo una revisión de las credenciales del Proveedor.
3. Entiendo que la ley federal y estatal requiere que los proveedores de atención médica protejan la privacidad y la seguridad de la información de salud. Entiendo que LoginClinics tomará medidas para asegurarse de que mi información de salud no sea vista por nadie que no debería verla. Entiendo que la telesalud puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales de la salud que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
4. Entiendo que hay un riesgo de fallos técnicos durante el encuentro de telesalud más allá del control de LoginClinics. Estoy de acuerdo en mantener inofensivo LoginClinics para los retrasos en la evaluación o para la información perdida debido a tales fallas técnicas.
5. Entiendo que tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a

futuros cuidados o tratamientos. Entiendo que puedo suspender o interrumpir el uso de los servicios de telesalud en cualquier momento por cualquier razón o sin motivo. Entiendo que si estoy experimentando una emergencia médica, que se me dirigirá a marcar 9-1-1 inmediatamente y que los proveedores no son capaces de conectarme directamente a los servicios de emergencia locales.

6. Entiendo que las alternativas a la consulta de telesalud, como los servicios en persona, están disponibles para mí, y al elegir participar en una consulta de telesalud, entiendo que algunas partes de los servicios que implican pruebas pueden ser realizadas por individuos en mi ubicación, o en una instalación de pruebas, bajo la dirección del proveedor (p. ej., laboratorios o análisis de sangre).
7. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telesalud en mi cuidado, pero que ningún resultado puede ser garantizado o asegurado.
8. Entiendo que mi información de salud puede ser compartida con otras personas con fines de programación y facturación. Durante la consulta pueden estar presentes personas distintas del proveedor para operar las tecnologías de telesalud. Entiendo además que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico/examen que sean personalmente sensibles para mí; (2) pedir al personal no médico que abandone el examen de telesalud; y/o (3) dar por terminada la consulta en cualquier momento.
9. Entiendo que no se me prescribirá ningún narcótico para el dolor, ni hay ninguna garantía de que se me dará una receta en absoluto.
10. Entiendo que si participo en una consulta, tengo el derecho de solicitar una copia de mi historial médico que me será proporcionado a un costo razonable de preparación, envío y entrega.
11. He tenido una conversación con mi proveedor, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este procedimiento. Mis preguntas han sido contestadas y los riesgos, los beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo en un lenguaje en el que yo entiendo.

He leído este documento cuidadosamente, y entiendo los riesgos y beneficios de la consulta de telesalud y he tenido mis preguntas con respecto al procedimiento explicado y por la presente doy mi consentimiento informado para participar en una consulta de telesalud bajo los términos descritos aquí.

Firmando a continuación certifico,

- Que he leído o hecho leer este formulario y/o que me hayan explicado este formulario.
- Que entiendo perfectamente su contenido incluyendo los riesgos y beneficios del procedimiento(s).
- Que se me ha dado amplia oportunidad de hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi satisfacción.

Firma

Nombre completo impreso

Fecha

Telemedicina HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Este Aviso de Telemedicina HIPAA de Prácticas de Privacidad (el "Aviso") le está siendo proporcionado por LoginClinics, PLLC d/b/a LoginClinics, ya que esa entidad o sus filiales y entidades afiliadas pueden formarse e incorporarse en su estado, y los empleados y profesionales que trabajan en dicha entidad y/o para tales prácticas (referidos colectivamente aquí como "Nosotros" o "Nuestro"). Contiene información importante sobre su información médica. También tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso y puede solicitarnos que le demos una copia de este Aviso en cualquier momento. Si recibió este Aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este Aviso a su solicitud. Puede solicitar una copia en papel de nuestro Aviso actual al Oficial de Privacidad al (919) 679-1880, o puede acceder a él en nuestro sitio web en <http://www.loginclinics.com/NOPP>.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") impone numerosos requisitos a prácticas de atención médica como la nuestra, definidas como Entidades Cubiertas, con respecto a cómo cierta información de salud identificable individualmente - conocida como información de salud protegida ("PHI") - podrá utilizarse y divulgarse. Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica sobre usted y la utilizaremos al mínimo necesario para lograr el propósito previsto del uso, divulgación o solicitud de la misma. Como requiere la ley, este aviso le proporciona información sobre sus derechos y nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de PHI. Este aviso también discute los usos y revelaciones que haremos de su PHI. Debemos cumplir con las disposiciones de este aviso como actualmente en vigor, aunque nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y hacer que el aviso revisado sea efectivo para toda la PHI que mantenemos.

USOS PERMITIDOS Y DIVULGACIÓN

Podemos usar o divulgar su PHI con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para cada una de estas categorías de usos y divulgaciones, hemos proporcionado una descripción y ejemplos a continuación. Sin embargo, no todos los usos o revelaciones particulares en cada categoría serán necesariamente listados.

- **"Tratamiento"** significa la provisión, coordinación o manejo de su atención médica, incluyendo consultas entre proveedores de atención médica, incluyendo hospitales, y otros proveedores de cuidado de término, en relación con su cuidado y derivaciones para

atención médica de un proveedor de atención médica a otro. Por ejemplo, un médico que lo atiende en el centro de enfermería donde usted reside para tratar la diabetes puede necesitar saber si usted tiene un trastorno psiquiátrico o está tomando medicamentos psicotrópicos porque tales trastornos o medicamentos pueden tener enfermedades interacciones enfermedad o fármaco-enfermedad con diabetes. Además, el profesional puede necesitar contactar a otro proveedor para tratar un trastorno psiquiátrico o condición cuando nuestros proveedores no están disponibles para proporcionar su atención

- **"Pago"** significa las actividades que emprendemos para obtener el reembolso por la atención médica que se le proporciona, incluyendo la facturación, la gestión de reclamaciones, determinaciones de elegibilidad y cobertura, colecciones, gestión de casos y otras actividades de revisión de la utilización. Por ejemplo, es posible que necesitemos proporcionar PHI a su compañía de seguros o a una parte financieramente responsable de su cuidado para determinar si el curso de tratamiento propuesto estará cubierto, para determinar el reembolso apropiado, o para obtener el pago. La ley federal o estatal puede requerir que obtengamos una liberación por escrito de usted antes de revelar cierta PHI especialmente protegida para propósitos de pago, y le pediremos que firme una liberación cuando sea necesario bajo la ley aplicable.
- **"Operaciones de Atención de Salud"** significa las funciones de apoyo para nuestra práctica y proveedores, relacionadas con la derivación, facilitando la conexión y visita de telemedicina, coordinación de atención, revisiones de cumplimiento, programas de cumplimiento, tratamiento y pago, actividades de garantía de calidad, recibir y responder a comentarios y quejas de los pacientes, capacitación de proveedores, auditorías, planificación de negocios, desarrollo, administración, actividades legales y administrativas. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar el desempeño del personal de nuestro proveedor al cuidarlo. También podemos combinar la PHI sobre muchos pacientes para tomar decisiones de revisión clínica cualitativa o decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos son efectivos. También podemos divulgar PHI para revisión y propósitos educativos. Además, podemos eliminar, o des-identificar, la información que lo identifica para que otros puedan usar la información des-identificada para estudiar la atención médica, realizar investigaciones, recopilar datos de salud de la población, y determinar métodos para mejorar la atención médica sin saber quién eres.

OTROS USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA También podemos usar su PHI de las siguientes maneras:

- Para proporcionar recordatorios de citas y programar su disponibilidad con el personal o afiliados para su tratamiento.

- Informarle o recomendarle posibles alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- A su familia, representante personal, poder, tutor o cualquier otra persona identificada por usted en la medida directamente relacionada con la participación de dicha persona en su cuidado o el pago por su cuidado. Podemos usar o divulgar su PHI para notificar o ayudar en la notificación de un familiar, un representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su condición general o muerte. Si usted está disponible, le daremos la oportunidad de oponerse a estas revelaciones, y no haremos estas revelaciones si usted se opone. Si usted no está disponible, incapacitado o incapaz de tomar decisiones de consentimiento informado sobre su atención médica, determinaremos si una revelación a su familia o representante personal está permitida o requerida por la ley, en su mejor interés, teniendo en cuenta las circunstancias, y actuar según nuestro criterio profesional.
- Cuando lo permita la ley, podemos coordinar nuestros usos y revelaciones de PHI con entidades públicas o privadas autorizadas por ley o por carta para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre.
- Permitiremos que su familia y amigos actúen en su nombre para recoger las recetas llenas y formas similares de PHI, cuando determinemos, a nuestro juicio profesional, que es en su mejor interés hacer tales revelaciones.
- Podemos usar o divulgar su PHI con fines de investigación, sujeto a los requisitos de la ley aplicable. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir comparaciones de la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento en particular. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial que equilibra las necesidades de investigación con la necesidad de privacidad del paciente. Cuando sea necesario, obtendremos una autorización por escrito de usted antes de usar su PHI para la investigación.
- En ciertos casos, proporcionaremos su información a contratistas, agentes y otras partes que necesitan la información con el fin de realizar un servicio para nosotros ("Business Associates"), incluyendo, sin limitación, la obtención de pagos por servicios de atención médica, proveedores de servicios tecnológicos, o realizar otras operaciones comerciales. En esas situaciones, se proporcionará PHI a los contratistas, agentes y otras partes, según sea necesario, para que realicen las tareas contratadas. Los Socios Comerciales están obligados a suscribir un acuerdo que mantenga la privacidad de la información de salud protegida que se les da bajo ciertos términos y condiciones requeridos por la ley estatal y federal.

- Podemos compartir su información con una compañía de seguros, un bufete de abogados o una organización de gestión de riesgos con el fin de mantener un asesoramiento profesional sobre cómo gestionar el riesgo y la responsabilidad legal, incluyendo seguros o reclamaciones legales. Sin embargo, en estas situaciones, requerimos que terceros nos proporcionen garantías de que protegerán su información bajo los términos y condiciones requeridos por la ley estatal y federal aplicable.
- Usaremos o divulgaremos su PHI cuando así lo requiera la ley aplicable, sólo en la medida necesaria para cumplir con dicho requisito.
- De acuerdo con la ley aplicable, podemos revelar su PHI a su empleador si nos contratan para realizar una evaluación de si tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Usted será notificado de estas revelaciones por su empleador o el proveedor según lo requerido por la ley aplicable.
- Los usos incidentales y las revelaciones de PHI a veces ocurren y no se consideran una violación de sus derechos. Los usos incidentales y las revelaciones son subproductos de usos o divulgaciones permitidos de otro modo que son de naturaleza limitada y no pueden evitarse razonablemente.

SITUACIONES ESPECIALES

Sujeto a los requisitos de la ley aplicable, haremos los siguientes usos y revelaciones de su PHI:

- **Pacientes involuntarios:** La información relativa a los pacientes que están siendo tratados involuntariamente, de conformidad con la ley, se compartirá con otros proveedores de tratamiento, entidades jurídicas, terceros pagadores y otros, según sea necesario para proporcionar la atención y la coordinación de la gestión necesaria de conformidad con la legislación estatal y federal.
- **Emergencias:** En emergencias que amenazan la vida, revelaremos la información necesaria para evitar daños graves o la muerte.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos liberar PHI a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- **Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos liberar a PHI sobre usted según lo requieran las autoridades de mando militar. También podemos liberar a PHI sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

- **Compensación a los Trabajadores.** Podemos liberar PHI sobre usted para programas que proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Actividades de Salud Pública.** Podemos divulgar su PHI para actividades de salud pública, incluyendo revelaciones:
 - para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o informar de nacimientos y defunciones;
 - denunciar los malos tratos o el descuido de los niños;
 - a las personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios regulados por la FDA y para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
 - notificar a la autoridad gubernamental competente si creemos que un paciente adulto ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo haremos esta divulgación si el paciente está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.
- **Actividades de Supervisión de la Salud:** Podemos revelar PHI a agencias federales o estatales que supervisan nuestras actividades (por ejemplo, proporcionar atención médica, buscar pagos, acuerdos de integridad, auditorías y derechos civiles).
- **Demandas y disputas:** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, o en un procedimiento de tutela, podemos revelar la PHI sujeta a ciertas limitaciones y sólo en la medida permitida por la ley.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos liberar a PHI si se lo pide un oficial de la ley:
 - En respuesta a una orden judicial, un mandamiento, una citación o un proceso similar;
 - Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 - Sobre la víctima de un delito en determinadas circunstancias;

- Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre la conducta criminal en nuestras instalaciones; o
- En circunstancias de emergencia, denunciar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerales: Podemos entregar PHI a un médico forense o examinador médico. También podemos liberar PHI sobre los pacientes a los directores de funerales según sea necesario para llevar a cabo sus deberes.
- Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia: contrainteligencia, otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley o a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente o a jefes de Estado extranjeros.
- Reclusos. Si usted es un interno de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos liberar PHI sobre usted a la institución correccional o oficial de la ley. Esta liberación sería necesaria (1) para proporcionarle atención médica;
 - proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional o de las fuerzas del orden.
- Amenazas Graves. Según lo permitido por la ley aplicable y las normas de conducta ética, podemos usar y divulgar PHI si, de buena fe, creen que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o el público, o es necesario para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley identifiquen o detengan a una persona.

CONFIDENCIALIDAD DE LA SALUD MENTAL, EL VIH, EL ALCOHOL Y EL ABUSO DE DROGAS

La PHI relacionada con su salud mental, notas de psicoterapia, VIH, información genética, registros de abuso de alcohol y/o sustancias, y otra información de salud especialmente protegida pueden disfrutar de ciertas protecciones de confidencialidad bajo HIPAA y leyes estatales y federales aplicables. Cualquier divulgación de este tipo de registros estará sujeta a estas disposiciones especiales.

En el caso de notas de psicoterapia (es decir, notas que han sido registradas por un profesional de la salud mental documentando sesiones de asesoramiento y han sido separadas del resto de su historial médico) y registros de abuso de alcohol y/o sustancias, la

confidencialidad de tal PHI mantenida por nosotros está protegida por leyes y regulaciones federales. Generalmente, no podemos decirle a una persona fuera del centro en el que usted reside donde se produce nuestro cuidado que usted asiste a psicoterapia o tratamiento de abuso de alcohol y/o sustancias, o revelar cualquier información que lo identifique como que recibe psicoterapia, o como un alcohólico o drogadicto, a menos que:

- El paciente consiente por escrito;
- La revelación está permitida por una orden judicial; o
- La divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado para la investigación, auditoría o evaluación del programa.

La violación de la ley federal y las regulaciones por un programa de abuso de alcohol y/o sustancias es un delito. Las presuntas violaciones pueden denunciarse a las autoridades competentes de conformidad con las normas federales.

Las leyes y regulaciones federales no protegen ninguna información sobre un delito cometido por un paciente en el programa o contra cualquier persona que trabaje para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer tal delito. Se puede divulgar toda amenaza de violencia física inminente contra otra persona por parte de un paciente a la víctima potencial que ha sido amenazada y a las fuerzas del orden.

Las leyes y reglamentos federales no protegen a las autoridades estatales o locales competentes de cualquier información sobre presuntos abusos o descuido de niños o ancianos.

Cuando usted firma un comunicado de información sobre sus notas de psicoterapia y abuso de alcohol y/o sustancias, o una autorización, puede ser revocada posteriormente, siempre que la revocación sea por escrito. La revocación se aplicará, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas en base a ello.

OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Ciertos usos y revelaciones de PHI serán hechos solamente con su autorización escrita, incluyendo usos y/o revelaciones:

- de notas de psicoterapia (si procede, según lo descrito anteriormente);
- con fines de comercialización; y

- que constituyan una venta de PHI bajo la Regla de Privacidad. Otros usos y revelaciones de PHI no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su autorización escrita. Usted tiene el derecho de revocar dicha autorización en cualquier momento, siempre que la revocación sea por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas en base a su autorización.

SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en nuestros usos y revelaciones de PHI para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que la divulgación sea a un plan de salud con el fin de recibir el pago, la PHI se refiere únicamente a sus artículos de atención médica o servicios por los que ha pagado la factura en su totalidad, y la divulgación no es de otra manera requerido por la ley. Para solicitar una restricción, usted puede hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Usted tiene derecho a solicitar razonablemente recibir comunicaciones confidenciales de su PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, incluso electrónicamente. Para hacer tal solicitud, usted puede enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar el PHI contenido en nuestros registros de proveedores, excepto:

- notas de psicoterapia, (es decir, notas que han sido registradas por un profesional de la salud mental documentando sesiones de asesoramiento y han sido separadas del resto de su historial médico);
- la información recopilada con antelación razonable o para su uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo;
- PHI implica pruebas de laboratorio cuando su acceso está restringido por ley;
- si usted es un interno de la prisión, y el acceso pondría en peligro su salud, seguridad, custodia o rehabilitación o la de otros internos, cualquier oficial, empleado u otra persona en la institución correccional o persona responsable de transportarlo;
- si hemos obtenido o creado PHI como parte de un estudio de investigación, su acceso a la PHI puede estar restringido durante el tiempo que la investigación esté en curso, siempre que haya aceptado la denegación temporal de acceso al consentir en participar en la investigación;

- PHI contenida en registros mantenidos por una agencia federal o contratista cuando su acceso está restringido por ley; y
- El PHI se obtiene de alguien que no sea nosotros bajo promesa de confidencialidad cuando el acceso solicitado sea razonablemente probable que revele la fuente de la información.

Con el fin de inspeccionar u obtener una copia de su PHI, usted puede enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Si solicita una copia, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiar y enviar sus registros, así como otros costos asociados con su solicitud.

También podemos denegar una solicitud de acceso a la PHI bajo ciertas circunstancias si existe un potencial de daño para usted u otros. Si denegamos una solicitud de acceso para este fin, usted tiene derecho a que nuestra denegación sea revisada de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su PHI, pero podemos denegar su solicitud de enmienda, si determinamos que la PHI o el registro que es objeto de la solicitud:

- no fue creado por nosotros, a menos que usted proporcione una base razonable para creer que el iniciador de PHI ya no está disponible para actuar sobre la enmienda solicitada;
- no forma parte de sus registros médicos o de facturación u otros registros utilizados para tomar decisiones sobre usted;
- no está disponible para inspección como se ha indicado anteriormente; o
- es precisa y completa.

En cualquier caso, cualquier enmienda acordada se incluirá como adición y no como reemplazo de registros ya existentes. Para solicitar una enmienda a su PHI, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, junto con una descripción del motivo de su solicitud.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de las revelaciones de PHI hechas por nosotros a personas o entidades distintas de usted durante los seis (6) años anteriores a su solicitud, excepto para revelaciones:

- llevar a cabo las operaciones de tratamiento, pago y atención sanitaria previstas anteriormente;

- incidentales a un uso o divulgación de otro modo permitidos o exigidos por la ley aplicable;
- en virtud de su autorización escrita;
- a las personas implicadas en su cuidado o para otros fines de notificación previstos por la ley;
- con fines de seguridad nacional o inteligencia, según lo dispuesto por la ley;
- a las instituciones correccionales o a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, según lo dispuesto por la ley;
- como parte de un conjunto de datos limitado según lo dispuesto por la ley.

Para solicitar una contabilidad de las revelaciones de su PHI, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe indicar un período de tiempo específico para la contabilidad (por ejemplo, el año pasado). La primera contabilidad que solicite dentro de un período de doce (12) meses será gratuita. Para cuentas adicionales dentro de los doce (12) meses de la primera solicitud, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos de los costos involucrados, y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier costo.

Usted tiene el derecho de recibir una notificación, en el caso de que haya una violación de su PHI no garantizada, que requiere notificación bajo la Regla de Privacidad.

ANUNCIO SOBRE EL USO DE LA TECNOLOGÍA

Podemos utilizar software, servicios y equipos electrónicos, incluyendo, sin limitación, correo electrónico, tecnología de videoconferencia, almacenamiento en la nube y servidores, comunicación por Internet, red celular, correo de voz, fax, historial médico electrónico y tecnología relacionada ("Tecnología") para compartir PHI con usted o con terceros sujetos a los derechos y restricciones contenidos en este documento. En cualquier caso, el almacenamiento, el reenvío, las comunicaciones y las transferencias no cifrados pueden no ser confidenciales. Vamos a tomar medidas para salvaguardar los datos transmitidos, así como garantizar su integridad contra la violación o corrupción intencional o no intencional. Sin embargo, en muy raras circunstancias los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad o PHI.

MODIFICACIONES DE LA PRESENTE COMUNICACIÓN

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento, por cualquier razón permitida por la ley. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el Aviso revisado o modificado para la PHI y la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual en <http://www.loginclinics.com/NOPP> y proporcionaremos copias a las instalaciones en las que prestamos asistencia.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, debe comunicarse inmediatamente con el Oficial de Privacidad al (919) 679 -1880. No tomaremos medidas contra usted por presentar una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. .

PERSONA DE CONTACTO

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre este Aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad al (919) 679 -1880.

Este aviso es efectivo a partir del 21 de agosto de 2019

He recibido una copia de este formulario HIPAA y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma

Printed Full Name

Fecha