

NEW HORIZON HEALTH CENTER

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE SER USADA Y REVELADA SU INFORMACION DE SALUD PROPORCIONADA Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE LEER ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene algunas preguntas acerca de este Aviso, por favor contacte al Oficial de Privacidad de este Centro al hablar por teléfono al (956) 548-7498.

Este Aviso sobre las Practicas de Privacidad (Aviso) describe las formas en que el Centro de Salud de New Horizon (el Centro) y a los miembros de su fuerza laboral (incluyendo empleados, contratistas, doctores, enfermeras, otro personal con licencias o certificados, voluntarios, personal del área general, y administrativo) quienes puedan tener una necesidad de usar su información de salud para efectuar sus trabajos. También cubre a cualquier individuo autorizado para registrar la información en su registro (o ficha) personal de este Centro; sin embargo, los otros proveedores de la salud, fuera de este Centro, pueden tener políticas diferentes concernientes al uso y revelación de la información de su salud que fueron creados y registrados en sus ubicaciones.

ACERCA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

- Entendemos que su información personal y la de su salud es confidencial y privada, por ello, el proteger su información es muy importante. Nosotros creamos un registro o ficha personal para el cuidado y los servicios que le prestamos y que usted recibe en este Centro. Necesitamos esta ficha para proveerle la calidad del cuidado y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso aplica a todas las fichas o registros de salud generadas por y en este Centro, ya hayan sido estas generadas por el Centro o por otros proveedores de salud asociados, ya sean estos en forma de datos o fichas archivadas y/o transmitidas electrónicamente o por otros medios. Nosotros estamos requeridos por ley a:
- Mantener la privacidad de su información de salud que lo identifica (con ciertas excepciones);
- Proveerle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad con respecto a la información de salud que compilamos y mantenemos acerca de usted. Y
- Seguir los términos de este aviso que actualmente está en efecto de acuerdo a la ley.

¿COMO PODEMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED?

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras que podemos usar y lo que podemos revelar acerca de su información de salud. No todos los usos o revelaciones en cada categoría están enlistados. Sin embargo, todas las maneras que están permitidas para usar y revelar la información están dentro de estas categorías.

- **Revelación por solicitud propia.** Podremos dar su información de salud cuando usted así lo solicite. Esta revelación que usted solicita, puede requerir una autorización por escrito por parte suya.
- **Por Tratamiento.** Podremos usar su información de salud para proveerle tratamientos o servicios médicos. Podremos dar información sobre su salud a los doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes u algún otro personal del centro que esté involucrado en prestarle los cuidados de salud en el Centro. Por ejemplo, un doctor que lo está tratando por una quebradura en la pierna puede necesitar saber que usted tiene diabetes, porque ésta condición puede disminuir el proceso de curación. Además, en el caso que tuviese diabetes, por ejemplo, el doctor puede necesitar comunicarle a la trabajadora social, para que podamos arreglar un seguimiento apropiado. Diferentes departamentos del Centro también pueden compartir su información de salud para poder coordinar los diferentes cuidados que usted requiera, tales como medicinas, estudios de laboratorio y rayos equis. También podemos proporcionar su información de salud a otras personas que trabajan fuera del Centro, pero quienes pudiesen estar involucrados en su cuidado después que usted haya

dejado este Centro, tales personas pueden ser enfermeras, trabajadores sociales, miembros familiares o de la iglesia. Es posible que nosotros también usemos o pudiésemos revelar su información de salud al recomendar posibles opciones de tratamientos o alternativas en las que a usted le pudiesen interesar o beneficiar.

- **Para el Pago.** Podremos usar y dar su información de salud para que los tratamientos y servicios que usted recibe en el Centro puedan ser enviados, estas pueden ser como las facturas para recibir el pago de su parte por su compañía de seguro o por una tercera parte (como los que proveen las empresas a través de un seguro e compensación para trabajadores.) Por ejemplo, podríamos tener que proveer su información del plan de salud acerca de un procedimiento que recibió en el centro de salud para que su plan de seguro de la salud nos reembolse por ese procedimiento o consulta proveída. También podríamos explicar el plan de salud que tenemos que seguir para obtener autorización previa o determinar si su plan le cubre el tratamiento.
- **Para las Operaciones del Centro de Salud.** Podríamos usar y revelar la información de salud acerca de usted debido por nuestras operaciones rutinarias de este Centro. Estos usos y revelaciones son necesarias para operar el centro eficientemente y asegurar así que nuestros pacientes reciben el cuidado de calidad adecuado. Por ejemplo, pudiéramos usar su información de salud para revisar la seguridad y la calidad de nuestros tratamientos y servicios, así como podríamos usarla para evaluar el desempeño de nuestro personal al proveerle los cuidados a usted. También pudiésemos combinar y analizar la información de salud de muchos pacientes de este centro para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, que servicios no son necesarios, y evaluar la efectividad de ciertos nuevos tratamientos. También, pudiéramos revelar la información a los doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes, voluntarios y otro personal de este centro para revisarla y para propósitos de aprendizaje. Además, también podríamos combinar la información de salud que tenemos con las de otros centros para comparar nuestro desempeño e identificar dónde podríamos hacer mejoras en el cuidado de salud y que otros servicios podríamos ofrecer. Podemos también quitar la información del segmento que lo identifica para que cuando otros la usen en estudios sobre los cuidados a la salud y/o puedan proveer un servicio de salud, sin que sepan específicamente de que paciente se trata.

USOS Y REVELACIONES ADICIONALES DE INFORMACION SOBRE SU SALUD:

- **DE ACUERDO A LO REQUERIDO POR LA LEY.** Podemos revelar su información de salud cuando se nos requiera por las leyes (o mandatos) federales, estatales o locales o sus reglamentos.
- **HOJA DE REGISTRO.** Podemos usar y dar su información de salud al momento que usted firma la hoja cuando llega a este Centro. También le llamaremos por su nombre cuando sea tiempo de su consulta.
- **CITA O LLAMADAS AL PACIENTE DE RECORDATORIO.** Podemos usar y revelar su información de salud al contactarlo para recordarle de su(s) cita(s) o debido al cuidado de salud que usted recibe.
- **ASOCIADOS OPERATIVOS DEL CENTRO.** Algunas de nuestras funciones son logradas a través de los servicios contratantes de nuestros asociados. Un asociado operativo puede incluir a cualesquier individuo o entidad que recibe la información sobre su salud de parte de nosotros durante el curso de prestación del servicio por este Centro. Tales servicios pueden incluir, pero sin limitar, los servicios legales, notario, contabilidad, asesoría, estadística, gerencia, administración, acreditación o servicios financieros. Cuando estos servicios son contratados, podremos dar la información de su salud a los asociados operativos para que ellos puedan efectuar el/los trabajo(s) que les solicitamos. Sin embargo, para proteger su información sobre la salud nosotros le(s) requerimos a nuestro(s) asociado(s) que mantenga(n) la confidencialidad y salvaguarde(n) apropiadamente la información.
- **AYUDA EN UN DESASTRE.** Podemos proveer información sobre usted a una entidad que esté asistiendo durante un desastre para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, su estado de salud o lugar donde se encuentra.
- **RECAUDACIÓN DE FONDOS.** Podemos usar su información en los esfuerzos para recaudar fondos para el Centro y para nuestras operaciones. Podríamos dar su información a una fundación benéfica relacionada con el Centro para que esa organización haga contacto con usted para recaudar fondos para el Centro. Nosotros, solamente podríamos dar la información de contacto, tal como su nombre, dirección, número de

teléfono y fechas en las que haya recibido tratamientos o servicios en el centro. Si usted no desea que el Centro lo contacte para los esfuerzos de recaudación de fondos, usted debe de notificar al Director Ejecutivo del Centro al (956) 548-7440 y hacerlo por escrito dirigido a: Director Ejecutivo c/o Recaudación de Fondos, 191. E. Price Road, Brownsville, Texas 78521. Además, cada comunicado de recaudación de fondos incluye una opción para negarse a participar en las oportunidades futuras de estos esfuerzos.

- **PRODUCTOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD.** Podríamos usar y dar su información de salud para los productos o servicios para la salud que tenemos y que puedan ser de su interés.
- **FAMILIA, AMISTADES U OTROS INDIVIDUOS INVOLUCRADOS EN SU CUIDADO O PAGO POR LOS SERVICIOS.** Podríamos revelar su información de salud para notificar o asistir en la notificación de algún miembro familiar, representante personal o alguna otra persona involucrada en o responsable por su cuidado de salud ya sea en su ubicación o en el Centro, sobre su estado de salud en general, o en el caso de su fallecimiento. Pudiésemos también dar información a alguna otra persona que se comprometa al pago de sus cuidados de salud. Si usted dispuesto a aceptar esto o tiene alguna objeción al respecto, se le dará la oportunidad para que aceptar o rechazar antes de hacer estas revelaciones, aunque, podríamos dar esta información en caso de un desastre aun sabiendo que usted se negó a esta parte, esto lo haríamos si nosotros consideramos que es necesario para responder a un desastre o emergencia. Si usted no está en condiciones o no está disponible para aceptar u objetar esto, usaremos nuestro mejor criterio para la comunicación con su familia, representante personal u otros individuales involucrados.
- **INVESTIGACIÓN.** Bajo ciertas condiciones, nosotros podríamos usar y proporcionar su información de salud para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar el comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un mismo medicamento y evaluar a los otros pacientes que recibieron otro tipo de medicamento, pero, sobre la misma condición (enfermedad.) Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa la propuesta del proyecto de investigación y el uso de la información de salud en un esfuerzo para balancear las necesidades de la investigación junto a las necesidades del paciente a la privacidad sobre su información de salud. Antes de que usemos o demos información de salud a un proyecto de investigación, el proyecto mismo tiene que ser aprobado a través de este proceso de aprobación. En todo caso, pudiéramos dar información sobre su salud al personal que prepara el plan de investigación, por ejemplo, para asistirlos a buscar pacientes con un medicamento específico para sus necesidades médicas, pero tal información tendrá que ser revisada y no podrá ser sacada fuera del Centro.
- **PARA EVITAR UNA AMENAZA SERIA A LA SALUD O A LA SEGURIDAD.** Podríamos usar y dar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o para la salud o seguridad del público o para otra persona. Por ejemplo, podríamos notificar al personal del centro de emergencias acerca de una posible exposición al Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) o al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH.) Sin embargo, tal revelación solamente sería solamente lo permitido por la(s) ley(es) federal(es), local(es) y estatal(es).
- **CAMBIO DE PROPIETARIO.** En el caso que el Centro sea vendido o se junte con otra organización, su información médica/ ficha o récord médico se convertirá en propiedad del nuevo propietario, pero usted mantendrá el derecho de solicitar que sean transferidas las copias de su información de salud a otro Centro, grupo médico, doctor u otro proveedor de salud.

SITUACIONES ESPECIALES

- **DIRECTORES DE FUNERALES, PATÓLOGOS Y EXAMINADORES MÉDICOS.** Podríamos revelar su información de salud necesaria para que los directores de funerales provean sus servicios. También pudiésemos dar su información a los peritos o examinadores médicos. Esto podría ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar las causas de su muerte.
- **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN EN EL ÁREA DE SALUD.** Podremos dar su información de salud a alguna agencia de salud que tenga autoridad de supervisión autorizada por las leyes y reglamentos federales, estatales y

ciudadinos. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, inspecciones, revisión de licencias, investigaciones de conducta ilegal, y cumplimiento con las otras leyes y reglamentos. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud, los programas de gobierno y asegurar el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

- **DETENIDOS-REOS.** Si usted es un detenido o un reo en una institución correccional o está bajo la custodia de una agencia de la ley, de un policía o agente, podremos dar su información de salud a esa institución o a ese agente si, el proveer la información a esa institución o representante, es necesaria para: (a) que esa institución le continúe proveyendo el cuidado de su salud; (b) para proteger la salud y seguridad de otros; o (c) para el bienestar y seguridad de la institución correccional.
- **AGENCIAS DE LA LEY.** En las siguientes circunstancias podríamos proveer su información de salud, si así se nos requiere por las agencias de la ley o corporaciones policíacas: (a) como respuesta por orden judicial, citatorio, decreto, requerimiento o proceso similar; (b) para identificar o localizar a un sospechoso fugitivo, testigo ocular, o persona desaparecida; (c) acerca de una víctima de un crimen, si, bajo ciertas circunstancias limitadas no hemos podido obtener el consentimiento de la persona; (d) acerca de un fallecimiento que pensamos que pudiese ser el resultado de una conducta criminal; (e) acerca de una conducta criminal en el centro; o, (f) en situaciones de emergencia para reportar un crimen; la ubicación del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.
- **DEMANDAS Y DISPUTAS.** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, nosotros podremos revelar su información de salud hasta el grado de una información que expresamente está autorizada por un juzgado (Corte) u Orden administrativa legal. También podríamos dar información de su salud como respuesta a un citatorio, solicitud investigativa u otro proceso legal iniciado por alguien más involucrado en la disputa, pero solamente si se han extenuado todos los esfuerzos razonables para notificarle de tal requerimiento (puede incluir un aviso por escrito) que usted no objetó u obtuvo una orden judicial protegiendo su información.
- **MILITARES Y VETERANOS.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros pudiéramos dar información de salud a como sea requerido por las autoridades militares. También pudiésemos dar información de salud acerca del personal militar extranjero a la autoridad militar pertinente.
- **ACTIVIDADES DE INTELIGENCIA Y DE SEGURIDAD.** Podremos dar información de su salud a los oficiales federales autorizados para propósitos de inteligencia, contra-inteligencia, y otras actividades de seguridad nacional de acuerdo a lo autorizado por la ley.
- **ORGANIZACIONES DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.** Si es usted un donador de órganos, podremos dar información de salud a las organizaciones que manejan el procuramiento de órganos, ojos o trasplante de tejidos o al banco de órganos donados a como sea necesario, esto es, para facilitar la donación de órganos o tejidos y su trasplante.
- **SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL PRESIDENTE Y OTROS.** Podremos dar su información de salud a los oficiales autorizados para que ellos provean protección al Presidente, otras personas autorizadas o dignatarios de otros países o para efectuar investigaciones especiales.
- **REPORTES DE SALUD PÚBLICA.** Podremos reportar información de salud suya para las actividades de salud pública. Solamente haremos esto si usted acepta o cuando sea requerido por ley. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente: (a) para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o incapacidad; (b) para reportar nacimientos y fallecimientos; (c) para reportar el abuso o descuido de niños, ancianos y adultos dependientes; (d) para reportar reacciones a los medicamentos o problemas con los productos; (e) para notificar a las personas del retiro de productos que estén usando; y, (f) para notificar a la persona que haya sido expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o infectar una enfermedad o condici
- **VÍCTIMAS DE ABUSO, DESCUIDO O VIOLENCIA DOMESTICA.** Podremos revelar su información de salud para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si pensamos que un paciente ha sido víctima de un abuso, descuido (y/o abandono) o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación cuando sea requerido o autorizado por la ley.

- **COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES.** Podremos dar la información de su salud al Programa de ayuda de Compensación a los Trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios cuando hay lastimaduras, lesiones o enfermedades relacionadas con el desempeño de su trabajo.
- **CONSENTIMIENTO DE SEGURIDAD.** Podríamos usar la información médica acerca de usted para hacer decisiones concernientes a su estado médico (y podremos revelar esta información/determinación) para obtener un consentimiento de seguridad o un servicio en el extranjero a través de la Secretaria de Relaciones Exteriores que necesitasen esa información para esos propósitos.
- **EQUIPOS DE PERSONAL MULTIDISCIPLINARIOS.** Podríamos revelar información de su salud a las agencias estatales o locales del gobierno o al equipo de personal multidisciplinario la cual sea relevante para la prevención, identificación, manejo o tratamiento de un niño abusado y de los padres del niño, abuso a las personas mayores y/o de las personas abandonadas.
- **INFORMACIÓN DE SALUD EN CATEGORÍAS ESPECIALES.** En algunos casos, su información de salud puede estar sujeta a restricciones adicionales que pueden limitar o excluir algunos usos o revelaciones descritas en este Aviso sobre los Derechos a la Privacidad. Algunas consisten en restricciones especiales sobre el uso y/o revelación de ciertas categorías de la información de salud tales como: la información del tratamiento sobre el SIDA y los resultados de laboratorio de las pruebas del VIH; (b) el tratamiento de condiciones de salud mental y notas de psicoterapias; (c) información sobre el tratamiento contra el alcohol, abuso de drogas y dependencias a las sustancias químicas; y/o (d) información genética, todas estas están sujetas a restricciones especiales. También, los programas de beneficio del gobierno, tales como Medicare o Medicaid, también pueden limitar la cantidad de información del paciente que pudiese ser revelada para propósitos no relacionados con el programa.

SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD

Tiene los siguientes derechos concernientes a la información de salud que nosotros mantenemos acerca de usted:

- **DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAS.** Tiene el derecho a inspeccionar y de copiar la información de salud que puede ser usada para hacer decisiones acerca de sus cuidados de salud. Usualmente esto incluye los archivos médicos y record de cobranzas, pero puede no incluir alguna información sobre su salud mental. Si usted solicita una copia de su información de salud que pudiese ser usada para hacer una decisión sobre el curso de su cuidado, pudiésemos cobrarle una cuota por el costo del copiado, el envío por correo o del gasto de otros materiales asociados con su solicitud. Para inspeccionar y copiar la información de salud que pudiese ser usada para hacer una decisión sobre su cuidado, usted tiene que someter su solicitud por escrito al :

New Horizon Health Center
191 E. Price Road
Brownsville, TX 78521

Atención: Supervisor, Archivos Médicos (Medical Records)

En circunstancias específicas, nosotros nos reservamos el derecho de negar su solicitud para inspeccionar y copiar sus fichas médicas. Si a usted le fue denegado el acceso a su información de salud, usted puede solicitar que esta denegación sea revisada. Otro profesional proveedor de la salud escogido por el Centro revisará su solicitud y la denegación otorgada. La persona efectuando la revisión no será la persona que denegó su solicitud. El Centro acatará el resultado de esta revisión de apelación.

- **DERECHO DE SOLICITAR RESTRICCIONES.** Tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre su información de salud que el centro usa o revela acerca de usted para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de salud. Usted también puede solicitar una restricción o limitación sobre la información de su salud que podamos revelar acerca de usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, estos pueden ser como a un miembro de su familia o a un amigo. Por ejemplo, usted puede solicitar que no se use o revele información alguna sobre alguna cirugía efectuada en usted.

- **NOS RESERVAMOS EL DERECHO A ACEPTAR O RECHAZAR SU SOLICITUD.** Si aceptamos, nosotros cumpliremos con su solicitud a reserva que la información sea necesaria para proveer un tratamiento de emergencia. Nosotros le notificaremos si no aceptamos su solicitud de restricción. Para solicitar restricciones, usted tiene que someter una solicitud por escrito al Centro en la dirección arriba indicada. En su solicitud, usted deberá declarar: (a) que información usted quiere restringir; (b) si quiere usted limitar su uso, evitar revelarla o ambas cosas; y (c) a quien quiere que se le limite el uso, por ejemplo, no dar información a su esposa(o).
- **DERECHO DE RESTRINGIR LA REVELACIÓN DE LOS SERVICIOS PAGADOS POR USTED POR COMPLETO.** Tiene el derecho de restringir la revelación de su estado de salud a un plan de salud si, la información de salud es concerniente a los servicios del cuidado que usted pagó por completo directamente al Centro y tal revelación no es requerida por la ley.
- **DERECHO A ENMIENDA.** Si usted siente que la información de salud que nosotros tenemos acerca de usted es incorrecta, usted puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar la enmienda a la información de su salud por todo el tiempo que el Centro tenga o mantenga la información. Usted debe de hacer la solicitud de enmienda por escrito y someterlo al Centro a la dirección arriba mencionada. Usted debe de incluir la razón que apoye su solicitud. Además, nosotros podríamos negar su solicitud si usted nos pide que enmendemos la información que:

1. No fue creada por nosotros, a reserva que la persona o entidad que la creó ya no está disponible para hacer la enmienda;
2. No sea parte de la información de salud mantenida por el Centro;
3. No sea parte de la información permitida para su inspección o copiado; o,
4. Sea correcta y completa.

La ley nos permite negar su solicitud para una enmienda si ésta no es por escrito o no incluye la razón de apoyo en su solicitud. Aun si el Centro niega su solicitud para enmienda, usted tiene el derecho de someter una adición o suplemento escrito, que no exceda de 250 palabras, con respecto a cualquiera cosa o nota en su record o ficha que usted piense que sea incorrecta o incompleta. Si claramente indica por escrito que el agregado o suplemento sea parte de su ficha o record médico, nosotros lo adjuntaremos a su archivo y lo incluiremos en todas las revelaciones de esas cosas o notas que usted cree que son incompletas o incorrectas.

- **SOLICITUD PARA RECIBIR UNA LISTA CONTABLE.** Tiene el derecho a solicitar una “enlistado contable.” Esto es una lista contable sobre las diseminaciones de información sobre su salud que hemos efectuado además de aquellas otras para nuestros usos y propósitos en los tratamientos, pagos y operaciones sobre las prestaciones de salud (como aquellas funciones que se describen arriba) y con las otras expectativas de acuerdo a la ley. Para solicitar esta lista contable de revelaciones, usted debe de someter su solicitud por escrito al Centro a la dirección arriba indicada. Su solicitud debe declarar el periodo de tiempo el cual no debe de exceder de seis (6) años. Su solicitud debe de indicar en que forma usted prefiere su lista (por ejemplo, en papel o electrónica.) la primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses es gratuita. Para listas adicionales, podremos cobrarle los costos incurridos para proveer la(s) lista(s). Le notificaremos del costo para que usted escoja, ya sea no solicitarla o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.
- **DERECHO PARA SOLICITAR UNA COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL.** Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar para hablar sobre su salud. Por ejemplo, usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted solamente en el trabajo o por correo. Usted debe de hacer la solicitud de comunicación confidencial por escrito al Centro a la dirección arriba anotada. No preguntaremos la razón del porque lo solicita y acomodaremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe de especificar como o donde quiere que sea usted contactado.
- **DERECHO PARA OBTENER UNA COPIA DE ESTE AVISO.** Tiene el derecho de recibir una copia impresa de este Aviso. Usted puede solicitar la copia en cualquier momento. Aún si usted aceptó a recibir esta copia electrónicamente.

- **DERECHO DE RECIBIR AVISO EN CASO DE UNA FALTA DE PRIVACIDAD.** Tiene el derecho a ser notificado si nosotros o uno de nuestros asociados operativos se percata de una revelación inapropiada de su información de salud.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier tiempo. Nos reservamos el derecho a hacer de las revisiones o del cambio del Aviso efectivo para toda la información de salud que tenemos acerca de usted, así como también, de toda y cada nueva información que recibamos en el futuro. Sitaremos una copia del actual Aviso en el Centro para que se entere el público. Este Aviso contendrá la fecha de efectividad en su primera página, en la esquina del lado superior derecho. Si este Aviso es enmendado, le ofreceremos el Aviso actual efectivo. Usted puede pedir una copia del Aviso actual cada vez que usted atiende el Centro para los servicios que necesite o simplemente llamando al Centro y solicitar que se le envíe por correo el Aviso actual.

PARA MAYOR INFORMACION, PARA INTERPONER UNA QUEJA O PARA REPORTAR UN PROBLEMA.

Si usted piensa que sus derechos a la privacidad han sido violados, por favor déjenos saber inmediatamente para que nosotros podamos enfocarnos en la situación. Usted puede interponer una queja con el Centro y/o con la secretaria del Departamento Federal de Servicios Humanos de Salud. Todas las quejas tienen que ser sometidas por escrito. Para interponer una queja con el Centro, el escrito deberá ser enviado al Oficial de Privacidad del Centro a la siguiente dirección:

New Horizon Health Center
191 E. Price Road
Brownsville, TX 78521

Atención: Oficial de Privacidad/ Oficial de Cumplimiento

Si usted le gustaría discutir un problema sin someter una queja formal, usted puede contactar al Oficial de Privacidad hablando al teléfono (956) 548-7498; o por facsímil al (956)544-8120; o por teléfono celular al (956) 543-8556. Además, usted también puede contactar al Director Ejecutivo hablando al teléfono (956) 548-7440; o por facsímil al (956)546-7689. ***Usted no será penalizado por interponer o hacer una queja.***

OTROS USOS DE LA INFORMACION DE SALUD

Otros usos y revelaciones de su información de salud que no están cubiertos por este Aviso o las leyes que nos aplican podrían ser diseminadas, pero, solamente con su permiso por escrito. Si usted nos provee el permiso para usar y revelar información sobre su salud, usted también puede revocar ese permiso por escrito y en cualquier tiempo. Si usted revoca el permiso, nosotros nos detendremos de usar y revelar datos que nos había permitido, exceptuando todo aquello que ya habíamos revelado apoyados en aquel permiso previamente otorgado. Por ejemplo, nosotros no podríamos retroceder en aquellas cosas que revelamos cuando teníamos su permiso.

HACIENDO DE SU CONOCIMIENTO EL HABER RECIBIDO ESTE AVISO

Le vamos a pedir su firma que recibió este Aviso.