

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

**Actualizado el 1 de mayo de 2023**

### NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD

MaxHealth<sup>1</sup> (referido como "MaxHealth", "nosotros" o "nos") se dedica a mantener la privacidad de su información médica. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información médica, a proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en relación con su información médica, y a comunicarle una violación de su información médica no protegida. Estamos obligados a seguir los términos de este Aviso que estén en vigor en el momento.

**Aplicabilidad y cambios en este aviso.** Los términos de este Aviso se aplican a todos los registros que contengan su información médica y que hayamos creado o conservado. Este Aviso se cumplirá por todos los profesionales de la salud, empleados, personal médico y otras personas que presten servicios en MaxHealth, Best Value Healthcare, LLC, RVP Medical, LLC, Ridge Medical Associates, LLC y PCA TOPCO, LLC. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar este Aviso. Cualquier revisión o enmienda a este Aviso será efectiva para todos sus registros médicos que hayamos creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podamos crear o mantener en el futuro. Publicaremos una copia actualizada de este Aviso en nuestra página web.

---

<sup>1</sup>MaxHealth includes all legal entities: Best Value Healthcare, LLC, Florida Medical Specialists, LLC, Ridge Medical Associates, LLC, RVP Medical, LLC, Southeastern Primary Care Associates, LLC, Zephyrhills Primary Care Associates LLC, Sarasota Primary Care Associates, LLC, North Ft. Lauderdale Primary Care Associates, LLC, Lakewood Ranch Primary Care Associates, LLC, Riverview Primary Care Associates, LLC, Lakeland Primary Care Associates, LLC, Palmetto Primary Care

También puede solicitar una copia del Aviso actual en cualquier momento poniéndose en contacto con nosotros a través de la información de contacto proporcionada a continuación.

### SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle a ejercer esos derechos.

**Derecho a la inspección y a las copias.** Tiene derecho a obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico. Este derecho no incluye las notas de psicoterapia ni la información médica que no forme parte de su conjunto de registros designados. Para obtener copias o solicitar la inspección de su información médica, debe presentar su solicitud por escrito al responsable de privacidad de MaxHealth, cuya información de contacto se incluye al final de este Aviso. Podemos cobrar una tarifa razonable que se ajustará a la ley aplicable. Podemos denegar su solicitud en circunstancias limitadas. Si se deniega su solicitud, puede solicitar una revisión de nuestra denegación.

**Derecho a solicitar una enmienda.** Puede pedirnos que corriamos la información médica que mantenemos sobre usted si cree que es incorrecta o está incompleta. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y presentarse al funcionario de privacidad de MaxHealth. Indíquenos el motivo de su solicitud e identifique los registros que desea modificar. Si aceptamos su solicitud, se lo notificaremos y modificaremos su información médica. En determinadas circunstancias, podemos denegar su solicitud. Si se deniega su solicitud, le informaremos por escrito y

Associates LLC, Town & Country Primary Care Doctors, LLC, St. Petersburg Primary Care Associates, LLC, Celebration Primary Care Associates, LLC, New Port Richey Primary Care Associates, LLC, Primary Care Associates of Port Richey, LLC, Wildwood Primary Care Associates LLC, Summerfield Primary Care Associates LLC, Plant City Primary Care Associates LLC, WC Holding Company, LLC, Valrico Medical Clinic LLC, Yogesh Ranpariya M.D. LLC, Family Practice of Florida LLC

le explicaremos sus derechos. Tenga en cuenta que no podemos eliminar por completo la información contenida en su expediente y que la modificación solicitada por usted aparecerá como un anexo al expediente existente.

**Derecho a la rendición de cuentas.** Puede solicitar una lista (una rendición de cuentas) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Tenga en cuenta que la rendición de cuentas no incluirá las divulgaciones realizadas para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya solicitado). Le proporcionaremos una rendición de cuentas al año de forma gratuita, pero podemos cobrarle una tarifa razonable, en función del costo, si solicita otra en un plazo de 12 meses. Para solicitar una rendición de cuentas, envíe su solicitud por escrito al responsable de privacidad.

**Derecho a solicitar restricciones.** Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría a su atención. Si aceptamos su solicitud, nuestro acuerdo será por escrito, y cumpliremos con la restricción a menos que (i) la información sea necesaria para proporcionarle atención de emergencia o (ii) la ley nos exija o permita divulgarla. Si paga la totalidad de un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Aceptaremos esta solicitud a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

**Derecho a las comunicaciones confidenciales.** Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, el teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.

Aceptaremos todas las solicitudes razonables. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer una petición por escrito a nuestro responsable de privacidad especificando el método de contacto solicitado a efectos de facturación, o el lugar donde desea que nos pongamos en contacto con usted. No es necesario que indique el motivo de su solicitud.

**Derecho a una copia en papel de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel rápidamente.

**Derecho a presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros poniéndose en contacto con nuestro responsable de privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito al responsable de privacidad en la información de contacto proporcionada al final de este aviso. También tiene derecho a presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**Derecho a un representante personal.** Si ha otorgado a alguien la autoridad legal para ejercer sus derechos y opciones cubiertas por este Aviso, respetaremos dichas solicitudes una vez que verifiquemos su autoridad. Este Aviso también se aplica a los menores de edad, a los adultos discapacitados o a otras personas que no pueden tomar decisiones sobre la atención sanitaria por sí mismos o que deciden designar a alguien para que actúe en su nombre. Los representantes personales (incluidos los padres y los tutores legales) pueden ejercer los derechos descritos en este Aviso. Sin embargo, existen algunas situaciones en las que, según las leyes estatales, se requiere la autorización previa de un paciente menor de edad antes de poder llevar a cabo ciertas acciones. Cumplimos con las leyes estatales aplicables a este respecto.

## SUS ELECCIONES

En algunos casos, puede decidir qué información médica compartimos y con quién la compartimos.

**Familiares y amigos.** Podemos divulgar su información médica a las personas que usted haya elegido para que participen en su atención médica, a menos que usted se oponga a dicha divulgación. Si usted no puede/está disponible para decirnos su preferencia sobre la divulgación de su información médica a otras personas involucradas en su cuidado, podemos seguir adelante y compartir la información si creemos, según nuestro criterio profesional, que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

**Ayuda en caso de catástrofe.** En caso de catástrofe, podemos revelar su información médica a las organizaciones que ayudan en las tareas de socorro en caso de catástrofe, a menos que usted nos diga que no lo hagamos, y que esa decisión no interfiera con nuestra capacidad de respuesta en circunstancias de emergencia.

### **Divulgaciones que precisan de su autorización.**

Otros usos y divulgaciones que no se identifican en este Aviso se harán solamente con su autorización por escrito. Nunca venderemos ni utilizaremos su información médica para fines de marketing sin su autorización. La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia requieren su autorización previa. Cualquier autorización que nos proporcione en relación con el uso y la divulgación de su información médica se puede revocar en cualquier momento notificándonoslo por escrito. Después de que revoque su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información médica basándonos en la autorización. Sin embargo, los usos y divulgaciones realizados antes de que recibamos su revocación no se verán afectados, ya que no podemos retractarnos de las divulgaciones que ya se hayan realizado en base a su autorización.

**Recaudación de fondos.** Podemos ponernos en contacto con usted para recaudar fondos, pero se le dará la oportunidad de optar por no recibir más comunicaciones de recaudación de fondos.

## USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDAS

Podemos utilizar o compartir su información médica de las siguientes maneras, sin su autorización previa.

**Tratamiento.** Podemos utilizar su información médica según sea necesario para proporcionarle tratamiento. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su información médica para pedir pruebas de laboratorio o recetas, para ayudar a otros proveedores de atención médica en su tratamiento, o para informarle de posibles alternativas o programas de tratamiento.

**Pago.** Podemos utilizar y divulgar su información médica para facturar y cobrar los servicios y artículos que le proporcionamos. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con su plan de seguro médico para que pague los servicios que se le han prestado. También podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica para ayudarles en sus esfuerzos de facturación y cobro.

**Operaciones de atención sanitaria.** Podemos utilizar y divulgar su información médica para operar nuestra práctica, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar su información médica para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros o para llevar a cabo actividades de gestión de costos y planificación empresarial. En algunas circunstancias, también podemos compartir información médica con otros proveedores de atención médica para sus operaciones de atención médica.

**Intercambios de información sanitaria.** Podemos participar en uno o más Intercambios de Información Sanitaria ("IIS"). Los IIS permiten a las

entidades sanitarias que participan en el mismo IIS compartir rápidamente la información médica necesaria para apoyar la coordinación de la atención oportuna y la atención sanitaria de calidad. Por ejemplo, su información médica relacionada con una reciente visita al hospital puede ser compartida a través de un IIS con nosotros para que podamos coordinar rápidamente el tratamiento de seguimiento necesario con usted. Si participamos en un IIS, seguiremos la ley estatal aplicable relacionada con los requisitos de consentimiento o exclusión voluntaria.

**Búsqueda.** Podemos utilizar o compartir su información con fines de investigación. Sin embargo, debemos cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información con fines de investigación.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES**

**Salud pública y seguridad.** Sujeto a ciertas condiciones, podemos compartir su información médica para los siguientes fines:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar a la retirada de productos
- Informar sobre reacciones adversas
- Informar sobre sospechas de abuso o negligencia
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad.

**Cumplimiento de la ley.** Compartiremos su información médica si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos con el fin de confirmar nuestro cumplimiento de las leyes federales de privacidad.

**Solicitudes de donación de órganos y tejidos.** Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

**Examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos compartir la información médica con un

forense, examinador médico o director de la funeraria en caso de muerte.

**Remuneración de los trabajadores.** Podemos divulgar su información médica para la compensación de los trabajadores y programas similares sujetos a los requisitos de la ley estatal.

**Solicitudes de las fuerzas del orden y otros gobiernos.** Podemos compartir información médica para fines de aplicación de la ley o con funcionarios encargados de hacerla cumplir cuando lo permita la ley. También podemos compartir información médica con organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley, y para funciones especiales del gobierno como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

**Órdenes judiciales y citaciones.** Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

**Comunicaciones electrónicas no seguras.** El uso de cualquier comunicación electrónica no segura (como el correo electrónico normal) para comunicarse con nosotros puede presentar riesgos para la seguridad de la información. Estos riesgos incluyen la posible interceptación de la información por partes no autorizadas, correos electrónicos mal dirigidos, cuentas compartidas, reenvío de mensajes o almacenamiento de la información en plataformas o dispositivos no seguros. No aconsejamos que se comunique con nosotros a través de correos electrónicos o mensajes de texto no seguros. Al optar por mantener correspondencia con nosotros a través de plataformas de comunicación electrónica no seguras, usted reconoce y acepta estos riesgos.

**Preguntas y dudas**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea notificarnos algún problema de privacidad, póngase en contacto con:

A la atención de: Oficial de cumplimiento  
MaxHealth  
3030 N Rocky Point Dr, Suite 802  
Tampa, Florida 33607

Nº de tel.: (941) 216-0072

Correo electrónico: [compliance@mymaxdoc.com](mailto:compliance@mymaxdoc.com)