

Fecha de entrada en vigor: 2-18-2024

**WALK-IN CHIROPRACTIC, LLC**

2001 N Atlantic Ave., Cocoa Beach, FL 32931

<https://www.walk-inchiropractic.com/>

**Aviso de Prácticas de Privacidad**

**Practica Oficial de Privacidad: Bret B. Glas, D.C.**

(321) 290-6532

[drbretglas@walk-inchiropractic.com](mailto:drbretglas@walk-inchiropractic.com)

Esta oficina está obligada, por ley, a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. Debemos proporcionarle un aviso por escrito sobre sus derechos a su información de salud y las posibles circunstancias bajo las cuales, por ley, o según lo dicte la política de nuestra oficina, se nos permite usar y divulgar información sobre usted a un tercero sin su autorización. A continuación se presenta un breve resumen de estas circunstancias. Si desea una explicación más detallada, se le proporcionará una. Por favor, revise cuidadosamente, firme el recibo de acuse de recibo y devuélvalo a nuestro personal de recepción. **Guarde esta página para sus registros.**

#### **SUS DERECHOS:**

1. Inspeccionar u obtener una copia de sus registros dentro de los 15 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo por una copia. Las radiografías son registros originales y, por lo tanto, usted no tiene derecho a ellos. Si desea que los subcontratemos para que se hagan copias, estaremos encantados de atenderle. Sin embargo, usted será responsable de este costo.
2. Solicitar enmiendas a su información de salud que usted cree que está incompleta o es incorrecta. Es posible que le digamos "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito el motivo en un plazo de 60 días.
3. Para solicitar comunicaciones confidenciales (ponernos en contacto con usted de una manera específica o enviar correo a una dirección diferente).
4. Para solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones, y a quién divulgamos información, aunque no estamos obligados a cumplir. Si estamos de acuerdo, la restricción estará vigente hasta que reciba una notificación por escrito de su intención de eliminar la restricción.
5. Para recibir un informe de las divulgaciones (aquellas con las que hemos compartido su información).
6. Recibir una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad detallado extendido.
7. Elegir a alguien para que actúe por ti. Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
8. Para presentar una queja si cree que se han violado sus derechos

#### **USOS Y DIVULGACIONES:**

1. Fines de tratamiento: usar su información de salud y compartirla con otros proveedores de atención médica que lo estén tratando.
2. Administrar nuestra organización: usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
3. Facturar por sus servicios: use y comparta su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.
4. Revelaciones inadvertidas: un área de tratamiento abierta significa una discusión abierta. Si necesita hablar en privado con el médico, infórmele a nuestro personal para que podamos ubicarlo en una habitación privada.
5. Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad: con el fin de prevenir o disminuir una amenaza grave o eminente para la salud o la seguridad de una persona o del público en general.
6. Con fines de investigación en salud.
7. Cumplir con la ley: compartir información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que cumplimos con la ley federal de privacidad.
8. Trabaje con un médico forense o director de funeraria: comparta información de salud con un médico forense, médico forense o director de funeraria en caso de muerte de un paciente.
9. Para reclamos de compensación para trabajadores, fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, y otras solicitudes gubernamentales, incluidas las agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
10. Responder a demandas y acciones legales: compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.
11. Emergencia: en caso de una emergencia médica, podemos notificar a un miembro de la familia.
12. Llamadas telefónicas y/o correos electrónicos: podemos llamar a su casa y dejar mensajes sobre recordatorios de citas o informarle sobre cambios en los horarios de práctica o próximos eventos.
13. Cambio de propiedad: en caso de que se venda esta práctica, su información de salud pasará a ser propiedad del nuevo propietario. Usted mantiene el derecho de solicitar que se transfieran copias de su información médica a otro proveedor.

**QUEJA:** Si desea presentar una queja sobre cómo manejamos su información de salud, comuníquese con nuestro oficial de privacidad utilizando la información mencionada anteriormente. Si aún no está satisfecho con la forma en que esta oficina maneja su queja, puede presentar una queja formal a:

U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Civil Rights

200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201

877-696-6775

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)