



Notice of Privacy of Practice Form

Aviso de Privacidad

I. THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION, PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. WE ARE A MEDICAL CARE PROVIDER THAT DOES NOT ENGAGE IN ANY TRANSACTIONS THAT INVOKE COVERAGE OF THE HIPPA PRIVACY ACT, THE PERFECT PRACTICES AND TERMS DESCRIBED IN THIS NOTICE ARE VOLUNTARILY UNDERTAKEN. THEREFORE, NOTHING IN THIS NOTICE SHOULD BE CONSTRUED AS CREATING ANY CONTRACTUAL OR LEGAL RIGHTS ON BEHALF OF PATIENTS. WE RESERVE THE RIGHT TO MODIFY OUR PRIVACY PRACTICES AND THIS NOTICE AT ANY TIME/**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO MÉDICO INFORMACIÓN ACERCA DE USTED PUEDE SER REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN, POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE. SOMOS UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO PARTICIPA EN CUALQUIER TRANSACCIÓN QUE INVOCAN LA COBERTURA DE LA LEY DE PRIVACIDAD DE HIPPA, LAS PRÁCTICAS PERFECTAS Y TÉRMINOS DESCRITOS EN ESTE AVISO SON VOLUNTARIAMENTE REALIZADOS. POR LO TANTO, NADA EN ESTE AVISO DEBE INTERPRETARSE COMO LA CREACIÓN DE NINGÚN DERECHO CONTRACTUAL O LEGAL EN NOMBRE DE PACIENTES. NOS RESERVAMOS EL DERECHO A MODIFICAR ESTA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD EN CUALQUIER MOMENTO.**

II. Safeguarding Your Protected Health Information/**Protegiendo Su Informacion de Salud.**

Individually identifiable information about your past, present, or future health or condition, the provision of health care to you, or payment for health care is considered "Protected Health Information "(PHI). We will extend certain protections to your PHI. This notice explains how, when and why we may use or disclose your PHI. Except in specified circumstances, we will only use or disclose the minimum necessary PHI to accomplish the intended purpose of the use or disclosure/**Información individualmente identificable sobre su pasado, presente o futuro de su salud o condición, la prestación de atención médica a usted, o el pago para el cuidado de la salud se considera "información médica protegida" (PHI). Se extienden ciertas protecciones a su PHI. Este aviso explica cómo, cuándo y por qué podemos usar o divulgar su PHI. Excepto en determinadas circunstancias, se podrá utilizar la PHI necesaria para lograr el propósito previsto del uso de la misma.**

III. How We May Use and Disclose your Protected Health Information/**Cómo podemos utilizar y proteger información médica**

We use and disclose PHI for a variety of reasons. We may use and /or disclose your PHI for purposes of treatment or our health care operations. For uses beyond that, we will ordinarily obtain your written authorization. The following offers more description and some examples of the potential uses and disclosure of your PHI:**/Utilizar y divulgar PHI por una variedad de razones. Podemos utilizar y/o revelar su PHI para fines de tratamiento o nuestras operaciones de atención médica. Para usos más allá de eso, normalmente obtendremos su autorización por escrito. A continuación ofrece más Descripción y algunos ejemplos de los usos potenciales y la divulgación de su PHI:**

Uses and Disclosure Relating to Treatment or Health Care Operations/**Usos y divulgación relativas a tratamiento u operaciones del cuidado de su salud**

We may disclose your PHI to doctors, nurses and other health care personnel who are involved in providing your health care. Your PHI may be shared with outside entities performing ancillary services to your treatment. Also we may use and or, disclose your PHI as reasonably necessary in the course of operating our medical help clinic. We may also send or communicate appointment reminders, but subject to our normal confidentiality policies and any special instructions that you have given/**Podemos divulgar su PHI a médicos, enfermeras y otro personal de salud que participan en la prestación de cuidado de su salud. Su PHI puede ser compartida con entidades externas que realizan servicios auxiliares para su tratamiento. También nosotros podemos usar y, revelar su IMP como sea razonablemente necesario en el curso de nuestra clínica de atención médica. También podemos enviar o comunicar recordatorios de citas, pero sujeto a nuestras políticas de confidencialidad normal y cualquier instrucción especial que le ha dado.**

Use and Disclosure for Which Special Authorization Will be Sought/**Uso y divulgación de información para la cual se necesitará una autorización especial**

For uses beyond treatment and operations purposes, we will ordinarily seek to obtain your authorization before disclosing your PHI. However, disclosure of your PHI may be made without your consent or authorization when required by law, when required for public health reasons, when necessary to avert a threat of harm to you or a third person, or when other circumstances may require or reasonably warrant such disclosure./**Para usos más allá de fines de tratamiento y operaciones, normalmente buscaremos obtener su autorización antes de divulgar su PHI. Sin embargo, la divulgación de su PHI puede realizarse sin su consentimiento o autorización cuando sea requerido por ley, cuando sea necesario por razones de salud pública, cuando sea necesario para prevenir una amenaza de daño a usted o a un tercero, o cuando otras circunstancias pueden requerir o razonablemente garantiza tal divulgación.**



IV. How You May Have Access to or Control of Your Protected Health Information/**Cómo puede tener acceso o Control de su información protegida de salud..**

The following is a description of the steps you may take to access or to otherwise control the disposition of your PHI/**La siguiente es una descripción de los pasos que se puede seguir para acceder a su PHI:**

To request restrictions on uses/disclosures: You may ask that we limit how we use or disclose your PHI. We will consider your request, but we are not legally bound to agree to the restriction. To the extent that we do agree to such restrictions, we will abide by such restrictions except in the emergency situations. We cannot agree to limit uses/disclosures that are required by law/**Para solicitar restricciones sobre usos/divulgaciones: Usted puede pedir que se nos limite cómo usamos o divulgamos su PHI. Consideraremos su petición, pero no estamos legalmente obligados a aceptar la restricción. En la medida en que estamos de acuerdo a tales restricciones, nos regiremos por tales restricciones excepto en las situaciones de emergencia. No podemos aceptar limitar usos/divulgaciones que están obligados por ley**

To choose how we contact you: You may ask that we send you information at an alternative address or by alternative means. We will agree to your request so long as it is reasonable easy to do so./**Para elegir cómo nos comunicaremos con usted: usted puede pedir que le enviemos información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Estará de acuerdo a su solicitud siempre y cuando sea razonable fácil hacerlo.**

To inspect and copy your PHI: Unless your access is restricted for clear and documented treatment reason, you will be permitted to inspect your protected health information upon written request. We will respond to your request within 30 days. If we deny your request for access, we will give you written reasons for the denial. If you want copies of your PHI, we will make reasonable efforts to accommodate any such request. You may designate selected portions of your PHI for copying./**Inspeccionar y copiar su PHI: a menos que su acceso es limitado por razón de tratamiento claro y documentado, se permitirá inspeccionar su información protegida de salud a solicitud por escrito. Responderemos a su solicitud dentro de 30 días. Si negamos su solicitud de acceso, le daremos razones de la denegación por escrito. Si desea copias de su PHI, haremos esfuerzos razonables para dar cabida a tal solicitud. Usted puede designar a partes seleccionadas de su PHI para copiar.**

To find out what disclosures have been made: You may request for us to provide you with a list of all disclosures of your PHI which we have made except for such disclosures as have been made in connection with your treatment, our health care operations, or as specifically required by law. We will respond to your request within 60 days of receiving it. You may receive a paper or electronic copy of this notice upon request../**Para averiguar qué información fue revelada: Usted puede solicitar que le proporcione una lista de todas las divulgaciones de su PHI que nosotros hemos hecho excepción de tales divulgaciones que se hicieron con respecto a su tratamiento, nuestras operaciones de atención médica, o como sea específicamente requerido por ley. Responderemos a su solicitud dentro de 60 días de haberlo recibido.**

V. Acknowledgement/**Reconocimiento:**

I have read and understood the terms of this notice./ **He leído y entendido los términos de este aviso.**

Printed Name / Nombre

Signature / Firma

Date / Fecha de Hoy

OVER/ OTRO LADO ---->

1028 East Lincoln Highway
Coatesville, PA 19320

139 West Market Street
West Chester, PA 19382

203 S. Walnut Street
Kennett Square, PA 19384

www.ccwsmedical.org | 610-383-0930



10/2020 KS.MR.MM