

## Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a dicha información. **Revísela cuidadosamente.**

### Sus derechos

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia del historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista las personas con las que compartimos su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien que tome decisiones por usted.
- Presentar una queja si cree que se infringieron sus derechos de privacidad.

Consulte las páginas 2 y 3  
para obtener más  
información.

### Sus opciones

Tiene varias opciones sobre la manera en que usamos y compartimos la información cuando:

- Informamos a la familia y amigos acerca de su condición.
- Proporcionamos atención en salud mental.
- Promocionamos nuestros servicios.

Consulte la página 3 para  
obtener más información.

### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Le brindamos tratamiento.
- Gestionamos nuestra organización.
- Realizamos la facturación de nuestros servicios.
- Ayudamos con temas de salud pública y seguridad.
- Cumplimos con las leyes.
- Colaboramos con un médico forense o director de funerarias.
- Respondemos a solicitudes de la ley y otras entidades gubernamentales.
- Nos enfrentamos a demandas y procedimientos legales.

Consulte las páginas 4 y 5  
para obtener más  
información.

Si tiene preguntas sobre este aviso o desea presentar una queja, comuníquese con la **Oficina de privacidad** por teléfono, correo electrónico o por escrito a:

**2000 Palm Beach Lakes Boulevard, Suite 901, West Palm Beach, FL 33409**

**(561) 509-5009 ext. 2017 • [privacy@bluebirdkids.com](mailto:privacy@bluebirdkids.com)**

## Sus derechos

- **Cuando se trata de su información de salud, tiene ciertos derechos.** En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### **Obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico**

- Puede solicitar ver y obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información de salud que tengamos sobre usted.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable según el costo.

### **Solicitar que corrijamos su historial médico**

- Puede solicitarnos que corrijamos la su información de salud que considere incorrecta o incompleta.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Accederemos a todas las solicitudes razonables.

### **Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos u operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla.
- Si cubre por completo el costo de un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con la aseguradora de salud para fines de pago u operaciones. Accederemos, a menos que debamos compartir esa información conforme a alguna ley.

### **Obtener una lista las personas con las que compartimos la información**

- Puede solicitar una lista (“informe”) de las veces que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de la solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquier otra que

nos haya solicitado que hagamos). Le proporcionaremos un informe contable al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

- En cualquier momento, puede solicitar una copia impresa de este aviso, incluso si aceptó recibir el aviso electrónicamente. Le brindaremos una copia impresa lo antes posible.

### **Elegir a alguien que tome decisiones por usted**

- Si le otorgó a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una queja si considera que se infringieron sus derechos**

- Puede presentar una queja si considera que infringimos sus derechos comunicándose con la Oficina de privacidad utilizando la información que se encuentra al final de la página 1.
- También, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Sus opciones**

• **En el caso de cierta información de salud, puede comentarnos sus elecciones de lo que deseamos compartir.** Si tiene una preferencia específica sobre cómo compartimos su información en las situaciones mencionadas más abajo, comuníquenoslo.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que realicemos lo siguiente:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de socorro ante desastres.

*Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir la información si creemos que es lo mejor para usted. También, podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

En estos casos nunca compartiremos su información sin su consentimiento por escrito:

- Para fines de marketing.
- Para vender su información.
- En la mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia.

## Nuestros usos y divulgaciones

### **¿Cómo utilizamos o compartimos normalmente su información de salud?**

- Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

#### **Para brindarle tratamiento**

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le brinden tratamiento.

*Por ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

#### **Para gestionar nuestra organización**

Podemos utilizar y compartir su información de salud para gestionar la práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Por ejemplo: Utilizamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.*

#### **Para realizar facturas de nuestros servicios**

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

*Por ejemplo: Le proporcionamos al plan de seguro médico información sobre usted para que pague los servicios.*

# ¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?

## **Ayudar con cuestiones de salud y seguridad pública**

Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como las siguientes:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiros de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Denuncia de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

## **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

## **Con nuestros socios comerciales**

Podemos compartir información sobre usted con otras empresas con las que trabajamos ("socios comerciales"), siempre que acepten por escrito proteger la información en la misma medida que lo hacemos nosotros.

## **Colaborar con un médico forense o director de funerarias**

Podemos compartir información de salud con un médico forense o un director de funeraria.

## **Responder a solicitudes de compensación laboral, la ley y otras entidades gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamos de compensaciones laborales.
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con los organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como militares o de seguridad nacional

## **Enfrentar demandas y procedimientos legales**

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.

- Le informaremos rápidamente si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otro modo que no sea el descrito aquí, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos confirma que podemos, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

## **Fecha de entrada en vigor y cambios en los términos de este aviso.**

- **Este aviso entra en vigor el 1 de julio de 2025.**
- Podemos cambiar los términos de este aviso y se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible por solicitud, en la oficina y en el sitio web.

*Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a todas las entidades clínicas afiliadas a Bluebird Kids Health, incluida Palm Beach Pediatrics, LLC.*