EL PASO CARDIOLOGY ASSOCIATES, P.A.

I accept that I have received a copy of the notice of privacy practices for protected Health information from El Paso Cardiology Associates, P.A. and acknowledge that the document has been explained.

Name: _____ Date of Birth: _____

Signature: _____ Date: _____

Note: Please include a copy of this document with the medical records of the above named person.

EL PASO CARDIOLOGY ASSOCIATES, P.A.

Acepto el haber recibido este documento sobre la Privacidad de prácticas privadas médicas de parte de El Paso Cardiology Associates, P.A. y de haber recibido explicación del documento.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Nota: Favor de incluir este documento firmado en el expediente de la persona indicada arriba de este documento.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

El Paso Cardiology Associates, P.A. - This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully. You have the right to obtain a paper copy of this notice upon request.

Patient Health Information
Under federal law, your patient health information is protected and confidential. Patient health information includes information about your symptoms, test results, diagnosis, treatment, and related medical information. Your health information also includes payment, billing, and insurance information.

How We Use Your Patient Health Information
We use health information about you for treatment, to obtain payment, and for health care operations, including administrative purposes and evaluation of the quality of care that you receive. Under some circumstances, we may be required to use or disclose the information even without your permission.

Examples of Treatment, Payment, and Health Care Operations
Treatment: We will use and disclose your health information to provide you with medical treatment or services. For example, nurses, physicians, and other members of your treatment team will record information in your record and use it to determine the most appropriate course of care. We may also disclose the information to other health care providers who are participating in your treatment, to pharmacists who are filling your prescriptions, and to family members who are helping with your care.
Payment: We will use and disclose your health information for payment purposes. For example, we may need to obtain authorization from your insurance company before providing certain types of treatment. We will submit bills and maintain records of payments from your health plan.
Health Care Operations: We will use and disclose your health information to conduct our standard internal operations, including proper administration of records, evaluation of the quality of treatment, and to assess the care and outcomes of your case and others like it.

Special Uses
We may use your information to contact you with appointment reminders. We may also contact you to provide information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Other Uses and Disclosures
We may use or disclose identifiable health information about you for other reasons, even without your consent. Subject to certain requirements, we are permitted to give out health information without your permission for the following purposes:
Required by Law: We may be required by law to report gunshot wounds, suspected abuse or neglect, or similar injuries and events.
Research: We may use or disclose information for approved medical research.
Public Health Activities: As required by law, we may disclose vital statistics, diseases, information related to recalls of dangerous products, and similar information to public health authorities.
Health oversight: We may be required to disclose information to assist in investigations and audits, eligibility for government programs, and similar activities.
Judicial and administrative proceedings: We may disclose information in response to an appropriate subpoena or court order.
Law enforcement purposes: Subject to certain restrictions, we may disclose information required by law enforcement officials.
Deaths: We may report information regarding deaths to coroners, medical examiners, funeral directors, and organ donation agencies.
Serious threat to health or safety: We may use and disclose information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.
Military and Special Government Functions: If you are a member of the armed forces, we may release information as required by military command authorities. We may also disclose information to correctional institutions or for national security purposes.
Workers Compensation: We may release information about you for workers compensation or similar programs providing benefits for work-related injuries or illness.

In any other situation, we will ask for your written authorization before using or disclosing any identifiable health information about you. If you choose to sign an authorization to disclose information, you can later revoke that authorization to stop any future uses and disclosures.

Individual Rights
You have the following rights with regard to your health information. Please contact the person listed below to obtain the appropriate form for exercising these rights.
Request Restrictions: You may request restrictions on certain uses and disclosures of your health information. We are not required to agree to such restrictions, but if we do agree, we must abide by those restrictions. Also, if you have paid for your health care treatment out-of-pocket and in full, and if you request that we limit disclosure of your information to a health plan for purposes of payment or health care operations, we will abide by your request.
Confidential Communications: You may ask us to communicate with you confidentially by, for example, sending notices to a special address or not using postcards to remind you of appointments.
Inspect and Obtain Copies: In most cases, you - have the right to look at or get a copy of your health information. There may be a small charge for the copies.
Amend Information: If you believe that information in your record is incorrect, or if important information is missing, you have the right to request that we correct the existing information or add the missing information.
Accounting of Disclosures: You may request a list of instances where we have disclosed health information about you for reasons other than treatment, payment, or health care operations.

Our Legal Duty
We are required by law to protect and maintain the privacy of your health information, to provide this Notice about our legal duties and privacy practices regarding protected health information, and to abide by the terms of the Notice currently in effect.

Changes in Privacy Practices
We may change our policies at any time. Before we make a significant change in our policies, we will change our Notice and post the new Notice in the waiting area and each examination room. You can also request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, contact the person listed below.

Complaints
If you are concerned that we have violated your privacy rights, or if you disagree with a decision we made about your records, you may contact the person listed below. You also may send a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. The person listed below will provide you with the appropriate address upon request. You will not be penalized in any way for filing a complaint.

Contact Person
If you have any questions, requests, or complaints, please contact:

Privacy Officer
4301 N. Mesa # 100
El Paso, Texas 79902
(915) 532-6767

Effective Date: 3/15/2010

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Paso Cardiology Associates, P.A. - Este Aviso describe como puede usarse y revelarse su informacion medica y como puede usted tener acceso a ella. Estudielo con cuidado. A su solicitud tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso.

Información médica del paciente
De acuerdo con las leyes federales, su información médica está protegida y es confidencial. La información médica del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento y otra información médica relacionada. Su información médica incluye también información sobre pagos, facturación y seguros.

Cómo usamos la información médica del paciente
Utilizamos su información médica con fines de tratamiento, para obtener pagos y para operaciones relativas a la atención de la salud, lo que incluye fines administrativos y de evaluación de calidad de la atención que usted recibe. En ciertas circunstancias, es posible que estemos obligados a revelar la información aun sin su autorización.

Ejemplos de tratamiento, pagos y operaciones de atención de la salud
Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información médica para suministrarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, enfermeros, médicos y otros integrantes de su equipo de tratamiento registrarán información en su historia clínica y la usarán para determinar las opciones de atención más apropiadas. También podremos revelar la información a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento, a farmacéuticos que provean sus medicamentos recetados y a familiares que ayuden con su atención.
Pagos: Usaremos y revelaremos su información médica para obtener pagos. Por ejemplo, es posible que necesitemos la autorización de su compañía aseguradora antes de suministrar ciertos tipos de tratamiento. Entregaremos facturas y conservaremos registros de pagos de su plan de salud.
Operaciones de atención de la salud: Usaremos y revelaremos su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas habituales, que incluyen la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento y de los resultados de su caso y de otros como el suyo.

Usos especiales
Podemos usar su información para ponernos en contacto con usted y recordarle cuando tenga citas convenidas. También podemos comunicarnos con usted para suministrarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Otros usos y revelaciones
Podemos usar o revelar información médica sobre usted por otras razones, aun sin su consentimiento. Con sujeción a ciertos requisitos, estamos autorizados a entregar información médica sin su consentimiento en los siguientes casos o con los siguientes fines:
Cuando está exigido por ley: Probablemente nos veamos obligado por ley a informar heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia, o lesiones y eventos semejantes.
Fines de investigación: Podemos usar o revelar información para investigaciones médicas autorizadas.
Actividades de salud pública: Según lo exijan las leyes, podemos revelar a las autoridades sanitarias estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con el retiro de productos peligrosos del mercado y otros datos similares.
Supervisión de la salud: Es posible que estemos obligados a revelar información con el fin de ayudar en investigaciones y auditorías, determinar la elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.
Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos revelar información en respuesta a un emplazamiento u orden de un tribunal apropiado.
Fines relativos a la observancia de las leyes: Con sujeción a ciertas restricciones, podremos revelar información solicitada por funcionarios que trabajan en la observancia de las leyes.
Muertes: Podemos entregar información acerca de muertes a médicos forenses, peritos médicos, directores de casas funerarias y agencias de donación de órganos.
Amenazas serias a la salud o a la seguridad: Podemos utilizar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad del público o de un tercero.
Funciones militares o especiales del gobierno: Si usted es un integrante de las fuerzas armadas, podemos entregar información requerida por las autoridades del comando militar. También podemos revelar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.
Compensación a trabajadores: Podemos revelar información sobre usted a programas de compensación a trabajadores o similares que otorguen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier información médica que lo identifique. Si usted opta por firmar una autorización para revelar información, puede revocarla después para detener todo uso o revelación futuros.

Derechos individuales
Usted tiene los siguientes derechos relativos a su información médica. Comuníquese con la persona indicada más abajo para conocer la forma apropiada de ejercer esos derechos.
Solicitud de restricciones: Usted puede solicitar que se apliquen restricciones a ciertos usos y revelaciones de su información médica. Nosotros no estamos obligados a aceptar dichas restricciones, pero si las aceptamos las cumpliremos. Asimismo, si usted ha pagado la totalidad de su tratamiento de atención médica con dinero propio, y solicita que limitemos la revelación de su información a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención de la salud, respetaremos su solicitud.
Comunicaciones confidenciales: Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial; por ejemplo, enviando los avisos a una dirección especial o no usando tarjetas postales para recordarle sus citas.
Revisar y obtener copias: En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Es posible que se cobre un pequeño monto por las copias.
Corregir información: Si usted cree que la información de su historia clínica es incorrecta, o que falta algún dato importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o que agreguemos los datos que falten.
Relación de revelaciones: Usted puede solicitar una lista de los casos en que hemos revelado su información médica por razones que no se relacionen con tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud.

Nuestras obligaciones legales
Las leyes nos obligan a proteger y mantener la privacidad de su información médica, a entregarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y a cumplir los términos del Aviso actualmente vigente.

Cambios en las prácticas de privacidad
Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras políticas, modificaremos nuestro Aviso y colocaremos el nuevo Aviso en la zona de espera y en todos los consultorios. Usted también puede solicitar en cualquier momento una copia de nuestro Aviso. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona indicada más abajo.

Quejas
Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de su historia clínica, puede comunicarse con la persona indicada más abajo. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. A su solicitud, la persona indicada más abajo le indicará cuál es la dirección adecuada para el envío. Usted no sufrirá penalización alguna por presentar una queja.

Persona de contacto
Si tiene preguntas, solicitudes o quejas, comuníquese con:

Privacy Officer
4301 N. Mesa # 100
El Paso, Texas 79902
(915) 532-6767

Fecha de vigencia: 3/15/2010