



## THE CHILDREN'S CLINIC

### NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.**

**PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

**THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION IS IMPORTANT TO US.**

---

#### **OUR LEGAL DUTY**

We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. This Notice takes effect 04/15/2003, and will remain in effect until we replace it.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and make the new Notice available upon request.

You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

---

#### **USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION**

We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For example:

**Treatment:** We may use or disclose your health information to a physician or other healthcare provider providing treatment to you.

**Payment:** We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

**Healthcare Operations:** We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations. Healthcare Operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing, or credentialing activities.

**Your Authorization:** In addition to our use of your health information for treatment, payment, or healthcare operations, you may give us a written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. If you give us authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

**To Your Family and Friends:** We must disclose your health information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose health information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or payment for your healthcare, but only if you agree that we may do so.

**Persons Involved in Care:** We may use or disclose health information to notify, or assist in the notification or (including identifying or locating) a family member, your personal representative or another person responsible for your care, of your location, your general condition, or death. If you are present, then prior to use or disclosure of health information, we will provide you with the opportunity to object to such uses or disclosures. In the event of your incapacity or emergency circumstances, we will disclose health information based on a determination using our professional judgment disclosing only health information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare. We will also use our professional judgment and our experience with common practices to make reasonable inferences of your best interest in allowing a person to pick up filled prescriptions, medical supplies, x-rays, or other similar forms of health information.

**Marketing Health – Related Services:** We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

**Required by Law:** We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

**Abuse or Neglect:** We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim or abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim or other crimes. We may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.

**National Security:** We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to authorized federal officials health information required for lawful intelligence, counter-intelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institution or law enforcement official having lawful custody or protected health information of inmate or patient under certain circumstances.

**Appointment Reminders:** We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail, messages, postcards, or letters).

**Notification of Laboratory Reports:** We may use or disclose your health information to provide you with results of laboratories (such as voicemail or messages).

---

## **PATIENT RIGHTS**

**Access:** You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You may request that we provide copies in a format other than photocopies. We will use the format you request unless we cannot practicably do so. (You must make a request in writing to obtain access to your health information. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this Notice. We will charge you a reasonable cost-based fee for expenses such as copies and staff time. You may also request access to sending a letter to the address at the end of this Notice. If you request copies, we will charge you \$50.00 for staff time to locate and copy your health information, and postage if you want the copies mailed to you. If you request an alternative format, we will charge a cost-based fee for providing your health information in that format. If you prefer, we will prepare a summary or an explanation of your health information for a fee. Contact us using the information listed at the end of this Notice for a full explanation of our fee structure.)

**Disclosure Accounting:** You have the right to receive a list of instances in which we or our business associates disclosed your health information for purposes, other than treatment, payment, healthcare operations and certain other activities, for the last 6 years, but not before April 14, 2003. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable cost-based fee for responding to these additional requests.

**Restriction:** You have the right to request that we place additional restrictions on our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by our agreement (except in an emergency).

**Alternative Communication:** You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations. (You must make your request in writing.) Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location you request.

**Amendment:** You have the right to request that we amend your health information. (Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended.) We may deny your request under certain circumstances.

---

## **QUESTIONS AND COMPLAINTS**

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us.

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use of disclosure of your health information or to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address to file your complaint with the U. S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to the privacy of your health information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U. S. Department of Health and Human Services.

Contact Officer: [Rebecca C. Jones](#) Telephone: [\(281\) 885-4633](#) Fax: [\(281\)583-5604](#)

E-mail: [rjones@namonline.org](mailto:rjones@namonline.org) Address: [15555 Kuykendahl, Houston, TX. 77090](#)

# LA CLÍNICA DE LOS NIÑOS

## NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE MANEJO DE INFORMACIÓN PRIVADA

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y**

**CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISAR EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE. CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA PRIVACIDAD EN EL MANEJO DE SU INFORMACIÓN MÉDICA.**

### **NUESTRO DEBER LEGAL**

Las leyes aplicables, federales y estatales, requieren que mantengamos la privacidad de su información médica. También requieren que le entreguemos esta Notificación sobre las prácticas de manejo de información privada, nuestros deberes legales, y sus derechos relacionados con su información médica. Debemos llevar a cabo las prácticas de manejo de información privada descritas en esta Notificación mientras esté en efecto. Esta Notificación entrará en efecto a partir del 15 de Abril de 2003 y seguirá en efecto hasta que sea reemplazada.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de manejo de información privada y los términos de esta Notificación en cualquier momento, siempre y cuando los cambios sean permitidos por la leyes aplicables. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestras prácticas de manejo de información privada y los nuevos términos de nuestra Notificación afectarán a toda la información médica que mantenemos, incluyendo información médica que creamos ó recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo de nuestras prácticas de manejo de información privada, cambiaremos ésta Notificación y haremos una nueva Notificación que estará disponible a petición del individuo.

Usted puede pedir una copia de nuestra Notificación en cualquier momento. Para más información acerca nuestras prácticas de manejo de información privada, ó para más reproducciones de ésta Notificación, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que está al final de esta Notificación.

---

### **USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Utilizamos y divulgamos su información médica en casos relacionados con tratamientos, pagos, y para conducir actividades médicas de tratamiento y prevención. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podríamos utilizar ó divulgar su información médica a un médico u otro proveedor que le esté suministrando servicios médicos.

**Pago:** Podríamos utilizar y divulgar su información médica para obtener pago por los servicios que le han sido proveídos.

**Actividades Médicas de Tratamiento y Prevención:** Podríamos utilizar y divulgar su información médica cuando esté relacionado con nuestras actividades médicas de tratamiento y prevención. Actividades médicas de tratamiento y prevención incluyen: evaluaciones de calidad y actividades de perfeccionamiento, revisando la competencia o aptitud de los médicos profesionales, evaluando el desempeño de los practicantes y proveedores de la medicina, dirigiendo programas de entrenamiento, acreditación, certificación, licenciaturas, o actividades credenciales.

**Su Autorización:** Además de utilizar su información médica para tratamiento, pago, o cuando esté relacionado con actividades médicas de tratamiento y prevención, Ud. podrá autorizarnos por escrito para poder utilizar su información médica o para poder divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. En caso de darnos autorización, la misma puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará la utilizations o divulgaciones realizadas cuando estaba en efecto su autorización. Al menos que Ud. nos de la autorización, no podremos utilizar o divulgar su información médica por ninguna razón salvo las que son descritas en esta Notificación.

**A su familia y Amistades:** Debemos darle a Ud. su información médica, como se ha descrito en la sección de los Derechos del Paciente de ésta Notificación. Podríamos divulgar su información médica a un miembro de su familia, amigo u otra persona, en el grado necesario de asistir con su tratamiento médico o para obtener el pago del mismo, pero solamente si Ud. está de acuerdo en que podemos hacerlo.

**Personal Involucrado en su Tratamiento:** Podríamos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación o (incluyendo identificación o ubicación) de un miembro de su familia, de su representante personal o de otra persona que esté a cargo de su cuidado, de su situación, condición en general, o su muerte. Si usted está presente, antes de utilizar o divulgar información relacionada con su salud, le daremos la oportunidad para objetar dichos usos o divulgación. En caso de que Ud. esté incapacitado o en un caso de emergencia, divulgaremos su información médica basada en nuestra opinión profesional, divulgando solo información sobre su salud que es directamente relevante a la persona involucrada en su tratamiento. También usaremos nuestra opinión profesional y nuestra experiencia en este tipo de situaciones para determinar razonablemente en favor de sus intereses para permitirle a una persona que recoja los medicamentos recetados, equipo médico, radiografías, ú otras formas similares de información médica.

**Mercadeo de Servicios Relacionados con la Salud:** No utilizaremos su información médica para comunicaciones comerciales sin una autorización suya por escrito.

**Requerido por la Ley:** Podríamos utilizar y divulgar su información médica cuando esto nos sea requerido por la ley.

**Abuso o Negligencia:** Podríamos divulgar su información médica a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que es posible que Ud. sea una víctima de abuso, de negligencia, o abuso familiar o posiblemente la víctima de otro crimen. Podríamos divulgar su información médica al grado que sea necesario para evitar amenazas a su salud, o a la salud o seguridad de otras personas.

**Seguridad Nacional:** Podríamos divulgar información médica de un miembro de las Fuerzas Armadas a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Podríamos divulgar información médica a oficiales autorizados por el gobierno federal requerida para información secreta, contra-inteligencia, y otras actividades relacionadas con la seguridad nacional. Podríamos divulgar información médica de un encarcelado o paciente bajo ciertas circunstancias a representantes de instituciones de corrección u oficiales de policía si demuestran que tengan custodia legal dicha persona.

**Llamadas Recordatorias:** Podríamos utilizar o divulgar su información médica al hacer llamadas para recordar citas ( a través de mensajes grabados, mensajes, tarjetas o carta.)

**Notificación de exámenes de Laboratorio:** Podríamos utilizar o divulgar su información médica para darle a Ud. los resultados de exámenes de laboratorio ( a través de mensajes grabados o mensajes).

---

## **DERECHOS DEL PACIENTE**

**Acceso:** Con excepciones limitadas, Ud. tiene el derecho de revisar u obtener reproducciones de su información médica. Ud. puede pedir que le demos reproducciones en otro tipo de formato diferente a fotocopias. Usaremos el medio que Ud. pida a menos que no nos sea prácticamente posible. ( Ud. debe de pedir por escrito permiso para obtener acceso a la información relacionada con su salud. Ud. podría obtener una planilla para pedir éste acceso. Al final de esta Notificación encontrará la información para contactarnos. También podría obtener el acceso mandando una carta a la dirección que aparece al final de esta Notificación. Si Ud. pide reproducciones, le cobraremos \$50.00 para que nuestro personal localice y reproduzca la información relacionada a su salud, y para el sello de correo si Ud. desea que se le envíe por correo. Si pide otro medio alternativo, le cobraremos un precio basado en lo que nos cuesta a nosotros proveerle la información médica por ese medio. Si Ud. prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información Médica cobrándole una cuota. Póngase en contacto con nosotros. Al final de esta Notificación encontrará la información necesaria para contactarnos. Le daremos una lista de nuestros precios.)

**Contabilidad de la Información Divulgada:** Ud. tiene el derecho de recibir una lista de las ocasiones en que nosotros o nuestros asociados han divulgado su información médica para otros propósitos que no sean de tratamiento, pagos, o actividades de tratamiento y prevención, y otras ciertas actividades, por los últimos 6 años, a partir del 14 de abril de 2003. Al pedir esta contabilidad más de una vez en un año o 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable basada en nuestros gastos para responder a sus solicitudes adicionales.

**Restricción:** Ud. tiene el derecho de pedirnos que pongamos más limitaciones cuando utilizamos o divulgamos su información médica. No tenemos que estar de acuerdo con sus restricciones. Pero si lo estamos, apoyaremos sus deseos ( exceptuando una emergencia).

**Comunicaciones Alternas:** Ud. tiene el derecho de pedirnos que le comuniquemos sobre su información médica por medios o situaciones alternas. (Debe de solicitarlo por escrito.) Su petición debe especificar el modo o la situación alterna, y proveer una explicación satisfactoria de como hará los pagos bajo los medios y situaciones alternas.

**Enmiendas:** Usted tiene el derecho de pedir que enmendamos su información médica. (Su solicitud debe ser de forma escrita y debe de explicar porque se pide la enmienda de la información.) Podríamos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

---

## **Preguntas y Quejas**

Si Ud. quiere más información sobre nuestra práctica de manejo de información privada, o tiene preguntas o preocupaciones debido a éste documento, por favor póngase en contacto con nosotros.

Si le preocupa que hemos infringido en su derecho de privacidad, o si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre el acceder a su información médica o la respuesta a su petición para enmendar o restringir la divulgación de su información médica o a su petición para comunicarnos con Ud. por medios o situaciones alternas, puede remitir una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Al tener en mano su solicitud, le daremos la dirección para someter su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Apoyamos el derecho que Ud. tiene a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalias de ningún tipo si Ud. elige someter una queja contra nosotros o contra el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Oficial de Contacto : [Rebecca C. Jones](#)

Teléfono: [\(281\) 885-4633](#) Fax: [\(281\)583-5604](#)

E-mail: [rjones@namonline.org](mailto:rjones@namonline.org)

Dirección: [15555 Kuykendahl, Houston, TX. 77090](#)