

# RGV FOOTCARE, P.A.

## AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION PODRA SER USADA O DADA A CONOCER.  
Y COMO USTED PODRA ACCESAR A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer a otros proveedores de salud con el proposito de proveerle a usted un cuidado de salud de calidad continua.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer a su compania aseguradora con el proposito de recibir pago por proveerle los servicios de cuidado de salud.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer a oficiales publicos o agencias de la fuerza de la ley en una investigacion en la cual usted ha sido victima de abuso, o violencia domestica o criminal.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer a otros profesionales de cuidado de salud en el caso de una emergencia de salud.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer a organizaciones de salud publica o organizaciones federales e el caso de una enfermedad contagiosa, un dispositivo medico defectivo, o una reaccion negativa a un medicamento o a una comida.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer por razones otras de aquellas que estan delineadas en este aviso.
- Su informacion confidencial de cuidado de salud podra ser dada a conocer solamente despues de recibir su autorizacion por escrito. Usted tiene el derecho de revocar su permiso de dar a conocer su informacion confidencial de cuidado de salud en cualquier momento.
- El personal de este despacho podra recordarle sus citas, opciones o otros servicios de tratamientos que sean de su interes. Los mensajes relacionados a citas de seguimiento se pueden dejar en una maquina de recados o con el individuo que contesta el telefono
- Usted tiene el derecho de restringir el uso y la divulgacion de su informacion confidencial de cuidado de salud a cualquier miembro de su familia, amistades, o a otras personas involucradas de su salud o de pago. Sin embargo, el despacho podra decidir su restriccion por estar en conflicto de proveerle con un cuidado de salud de calidad, o en el evento de una emergencia medica.
- Usted tiene el derecho de recibir comunicacion confidencial sobre el estado de su cuidado de salud.
- Usted tiene el derecho de recibir una copia de cualquier parte o todo la informacion en su expediente de salud, por \$.10 centavos por oja o \$10.00 por hora si es necesario.
- Usted tiene el derecho de pedir un cambio de informacion en su expediente de salud.
- Usted tiene el derecho de saber quien ha obtenido su informacion confidencial de cuidado de salud y saber para que proposito lo pidieron.
- Usted tiene el derecho de obtener una copia de este "Aviso de Privacidad" cuando lo pida.
- Este despacho esta requerido por ley para proteger la privacidad de sus pacientes.
- Este despacho actuara de acuerdo a lo previsto en este "Aviso de Privacidad". Nosotros tenemos derechos de hacer cambios a este aviso siempre y cuando mantengamos la privacidad de toda informacion de cuidado de salud.
- Usted tiene el derecho de quejarse conel Oficial de Privacidad de este despacho y a la Secretaria de Salud y Derechos Humanos, si usted cree que sus derechos a privacidad han sido previamente violados. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, favor de dirigir sus quejas a ATTN: Privacy Officer RGV FOOTCARE, P.A. 1401 E. Ridge Road Suite "E", McAllen, Texas 78503.

- Cada queja sera investigada. Este despacho no tomara represalia alguna por las quejas presentadas por usted.
- Para mas informacion sobre este "Aviso de Privacidad" favor de contactar al Oficial de Privacidad: (956) 618-2970.

Este aviso toma efecto de dia 14 de Abril, 2003.

**RGV FOOTCARE, P.A.  
G. JAVIER CAVAZOS, D.P.M.**

**RECONAZIMIENTO DE SU "AVISO DE PRIVACIDAD"**

Yo reconozco que son mis derechos para leer y entender los usos de mi informacion confidencial de cuidado de salud delineados en el " AVISO DE PRIVACIDAD"

-----  
Nombre

-----  
Fecha

-----  
Firma

-----  
Representante Autorizado del paciente

- Paciente tomo una copia de "AVISO DE PRIVACIDAD"

- ❑ Paciente no se llevo su copia de "AVISO DE PRIVACIDAD"