Volunteers in Medicine CLINIC
HILTON HEAD ISLAND

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. ***Revísela con cuidado.***

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Recaudamos fondos
- Proporcionamos atención médica mental

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos
- Dirigimos nuestra organización Comply with program audits
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública
- Realizamos investigaciones médicas
- Cumplimos con la ley
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro oficina, y en nuestro sitio web.

Para más información, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html

Si tiene preguntas específicas sobre su atención en **Volunteers in Medicine Clinic**, puede comunicarse con el Director de Tecnología de la Información de la Salud en medicalrecords@vimclinic.org.

Reconozco que he recibido y comprendo la Política de Privacidad de VIM Clinic

Signatura: _____ Fecha: _____

La fecha de vigencia de este aviso es el 1 de enero de 2022