

## **How to Tailor the Spanish Version of the “Notice of Privacy Practices” to Fit Your Practice**

1. The page after these instructions is the Spanish version. It was translated by an Internet translation company ([www.affordabletranslations.com](http://www.affordabletranslations.com)). The last page is the English version.
2. If you compare the two versions, you will see which parts of the Spanish version need to be changed to fit your practice. We have underlined those parts in both versions.
3. Copy the Spanish version into your word processor. (In Adobe, press V and highlight the text, right-click, copy. Then go to a blank page in your word processor and press Control+V.)
4. Tailor the notice by inserting your practice name and the Privacy Officer's name where underlined.
5. Print a copy and have someone who reads Spanish check it for accuracy.
6. Make a good effort to have all of your patients sign a copy of your Privacy Notice before treating them at any time after April 14, 2003. They only need to sign it once.

See ExecTech's "Five Steps to HIPAA Privacy Rule Compliance" for more details.

Good luck!

ExecTech

## **Aviso De Las Clínicas ABC Para Las Prácticas Privadas (Ejemplo)**

Este aviso describe cómo su información puede ser utilizada y revelada y cómo puede usted acceder a esta información. Por favor, revísela cuidadosamente.

En la Clínica ABC, siempre hemos mantenido su información de salud de forma segura y confidencial. Una nueva ley nos exige que continuemos manteniendo su privacidad, le enviemos este aviso y sigamos los términos de este aviso.

La ley nos permite que utilicemos o revelemos su información de salud a aquellos implicados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su archivo por un doctor especialista que puede estar involucrado en sus cuidados.

La podemos usar para revelar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un reporte de su progreso a su compañía de salud.

Podemos usar o revelar su información de salud en nuestras operaciones regulares de cuidados de salud, Por ejemplo, alguien de nuestro personal, puede introducir su información en nuestro computador.

Podemos compartir su información médica con nuestros asociados de negocios, como un servicio de facturación. Tenemos un contrato escrito con cada asociado de negocios, que requiere que protejan su privacidad.

Podemos usar su información para contactarle. Por ejemplo, podemos enviar boletines y otra información. También puede que queramos llamarle y recordarle sus citas. Si usted no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que responda al teléfono.

En caso de emergencia, podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia o a otra persona responsable de su cuidado.

Podemos revelar parte o toda su información de salud cuando esto sea requerido por la ley.

Si nuestra práctica es vendida, su información se convertirá en propiedad del nuevo dueño.

Excepto por lo que se describe arriba, esta práctica no utilizará o revelará su información de salud sin su previa autorización escrita.

Usted puede pedir por escrito que no utilicemos su información de salud como se describe arriba. Le dejaremos saber si podemos cumplir con su petición.

Usted tiene el derecho a saber de cualquier uso o revelación que llevemos a cabo con su información de salud, más allá de los usos normales.

Dado que necesitaremos ponernos en contacto con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o teléfono que usted prefiera.

Usted tiene el derecho de transferir copias de su información de salud a otra práctica. Enviaremos sus archivos por usted.

Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información de salud, con unas pocas excepciones. Preséntenos una solicitud por escrito con respecto a la información que desea ver. Si usted también quiere una copia de sus registros, puede que le carguemos una tarifa razonable por las copias.

Usted tiene el derecho de pedir una modificación o cambio de su información de salud. Entréguenos su petición para hacer los cambios por escrito. Si usted desea incluir una declaración en su archivo, por favor preséntela por escrito. Puede que realicemos o que no realicemos los cambios que usted solicita, pero nos sentiremos complacidos de incluir su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo en una modificación o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos previos, sino que añadiremos nueva información.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso.

Si cambiamos cualquiera de los detalles de ese aviso, le notificaremos de los cambios por escrito.

Usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Washington, DC 20201. No habrá represalias por el hecho de que presente una queja.

Sin embargo, antes de presentar una queja, o para más información o ayuda con respecto a la privacidad de su información de salud, por favor póngase en contacto con nuestro Funcionario de Privacidad Jill Jones, en el (123) 456-7890.

Este aviso entra en efecto el 14 de abril de 2003.

### **Reconocimiento**

He recibido una copia del aviso de la Clínica ABC para las Prácticas Privadas. Fecha \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ Nombre impreso \_\_\_\_\_

Si está firmando como padre o guardián, por favor anote el nombre del paciente \_\_\_\_\_

## **ABC Clinic Notice of Privacy Practices (Sample)**

This notice describes how your health information may be used and disclosed and how you can access this information. Please review it carefully.

At ABC Clinic, we have always kept your health information secure and confidential. A new law requires us to continue maintaining your privacy, to give you this notice and to follow the terms of this notice.

The law permits us to use or disclose your health information to those involved in your treatment. For example, a review of your file by a specialist doctor whom we may involve in your care.

We may use or disclose your health information for payment of your services. For example, we may send a report of your progress to your insurance company.

We may use or disclose your health information for our normal healthcare operations. For example, one of our staff will enter your information into our computer.

We may share your medical information with our business associates, such as a billing service. We have a written contract with each business associate that requires them to protect your privacy.

We may use your information to contact you. For example, we may send newsletters or other information. We may also want to call and remind you about your appointments. If you are not home, we may leave this information on your answering machine or with the person who answers the telephone.

In an emergency, we may disclose your health information to a family member or another person responsible for your care.

We may release some or all of your health information when required by law.

If this practice is sold, your information will become the property of the new owner.

Except as described above, this practice will not use or disclose your health information without your prior written authorization.

You may request in writing that we not use or disclose your health information as described above. We will let you know if we can fulfill your request.

You have the right to know of any uses or disclosures we make with your health information beyond the above normal uses.

As we will need to contact you from time to time, we will use whatever address or telephone number you prefer.

You have the right to transfer copies of your health information to another practice. We will mail your files for you.

You have the right to see and receive a copy your health information, with a few exceptions. Give us a written request regarding the information you want to see. If you also want a copy of your records, we may charge you a reasonable fee for the copies.

You have the right to request an amendment or change to your health information. Give us your request to make changes in writing. If you wish to include a statement in your file, please give it to us in writing. We may or may not make the changes you request, but will be happy to include your statement in your file. If we agree to an amendment or change, we will not remove nor alter earlier documents, but will add new information.

You have the right to receive a copy of this notice.

If we change any of the details of this notice, we will notify you of the changes in writing.

You may file a complaint with the Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Washington, DC 20201. You will not be retaliated against for filing a complaint.

However, before filing a complaint, or for more information or assistance regarding your health information privacy, please contact our Privacy Officer, Jill Jones, at (123) 456-7890.

This notice goes into effect as of April 14, 2003.

### **Acknowledgement**

I have received a copy of the ABC Clinic Notice of Privacy Practices. Date \_\_\_\_\_

Signed \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_

If signing as a parent or guardian, please note the name of the patient \_\_\_\_\_