

Notice of Privacy Practices

Aviso de prácticas de privacidad



Akeso Occupational Health

Dr. Gene Ma, Chief Medical Officer

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.

Personally identifiable information about your health, your health care, and your payment for health care are called Protected Health Information. We must safeguard your Protected Health Information and give you this Notice about our privacy practices that explains how, when, and why we may use or disclose your Protected Health Information. Except in the situations set out in the Notice, we must use or disclose only the minimum necessary Protected Health Information to carry out the use or disclosure.

We must follow the practices described in this Notice, but we can change our privacy practices and the terms of this Notice at any time. If we revise the Notice, you may read the new version of the Notice of Privacy Practices on our website at www.akesomedical.com. You also may ask for a copy of the Notice by calling us at 949. 752. 1111 and asking us to mail you a copy or by asking for a copy at your next appointment.

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

La información de identificación personal sobre su salud, su atención médica y su pago por la atención médica se denomina Información de salud protegida. Debemos salvaguardar su Información de salud protegida y entregarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad que explica cómo, cuándo y por qué podemos usar o divulgar su Información de salud protegida. Excepto en las situaciones establecidas en el Aviso, debemos usar o divulgar solo la Información de salud protegida mínima necesaria para llevar a cabo el uso o divulgación.

Debemos seguir las prácticas descritas en este Aviso, pero podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento. Si revisamos el Aviso, puede leer la nueva versión del Aviso de prácticas de privacidad en nuestro sitio web en www.akesomedical.com. También puede solicitar una copia de la Notificación llamándonos al 949. 752. 1111 y pidiéndonos que le enviemos una copia por correo o solicitándola en su próxima cita.

Uses and Disclosures of Your Protected Health Information That Do Not Require Your Consent

Usos y divulgaciones de su información de salud protegida que no requieren su consentimiento

We may use and disclose your Protected Health Information as follows without your permission:

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida de la siguiente manera sin su permiso:

For treatment purposes

Para fines de tratamiento

We may disclose your health information to doctors, nurses, and others who provide your health care.

For example, your information may be shared with people performing lab work or x-rays.

Podemos divulgar su información de salud a médicos, enfermeras y otras personas que le brindan atención médica. Por ejemplo, su información puede compartirse con personas que realizan trabajos de laboratorio o radiografías.

To obtain payment

Para obtener el pago

We may disclose your health information in order to collect payment for your health care. For instance, we may release information to your insurance company.

Podemos divulgar su información de salud para cobrar el pago de su atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar información a su compañía de seguros

For health care operations

Para operaciones de atención médica

We may use or disclose your health information in order to perform business functions like employee evaluations and improving the service we provide. We may disclose your information to students training with us. We may use your information to contact you to remind you of your appointment or to call you by name in the waiting room when your doctor is ready to see you.

Podemos usar o divulgar su información de salud para realizar funciones comerciales como evaluaciones de empleados y mejorar el servicio que brindamos. Podemos divulgar su información a estudiantes que se entrenan con nosotros. Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted para recordarle su cita o para llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo.

Notice of Privacy Practices

Page 2

Aviso de prácticas de privacidad



When required by law

Cuando lo requiera la ley

We may be required to disclose your Protected Health Information to law enforcement officers, courts, or government agencies. For example, we may have to report abuse, neglect, or certain physical injuries.

Es posible que se nos solicite divulgar su información de salud protegida a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, tribunales o agencias gubernamentales. Por ejemplo, es posible que tengamos que denunciar abuso, negligencia o ciertas lesiones físicas.

For public health activities

Para actividades de salud pública.

We may be required to report your health information to government agencies to prevent or control disease or injury. We also may have to report work-related illnesses and injuries to your employer so that your workplace may be monitored for safety.

Es posible que se nos solicite informar su información de salud a las agencias gubernamentales para prevenir o controlar enfermedades o lesiones. También es posible que tengamos que informar enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo a su empleador para que su lugar de trabajo pueda ser monitoreado por seguridad.

For health oversight activities

Para la vigilancia de la salud activitiesety

We may be required to disclose your health information to government agencies so that they can monitor or license health care providers such as doctors and nurses.

Es posible que se nos solicite divulgar su información de salud a agencias gubernamentales para que puedan monitorear o otorgar licencias a proveedores de atención médica, como médicos y enfermeras.

For activities related to death

Para actividades relacionadas con la muerte

We may be required to disclose your health information to coroners, medical examiners, and funeral directors so that they can carry out duties related to your death, such as determining the cause of death or preparing your body for burial. We also may disclose your information to those involved with locating, storing, or transplanting donor organs or tissue.

Es posible que se nos solicite divulgar su información de salud a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que puedan llevar a cabo tareas relacionadas con su muerte, como determinar la causa de la muerte o preparar su cuerpo para el entierro. También podemos divulgar su información a aquellos involucrados en la localización, almacenamiento o trasplante de órganos o tejidos de donantes.

For studies

Para estudios

In order to serve our patient community, we may use or disclose your health information for research studies, but only after that use is approved by our Chief Medical Officer. In most cases, your information will be used for studies only with your permission.

Para servir a nuestra comunidad de pacientes, podemos usar o divulgar su información de salud para estudios de investigación, pero solo después de que nuestro uso sea aprobado por nuestro Director Médico. En la mayoría de los casos, su información se utilizará para estudios solo con su permiso.

To avert a threat to health or safety

Para evitar una amenaza para la salud o la seguridad

In order to avoid a serious threat to health or safety, we may disclose health information to law enforcement officers or other persons who might prevent or lessen that threat.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, podemos divulgar información de salud a los agentes de la ley u otras personas que puedan prevenir o disminuir esa amenaza.

For specific government functions

Para funciones gubernamentales específicas

In certain situations, we may disclose health information of military officers and veterans, to correctional facilities, to government benefit programs, and for national security reasons.

En ciertas situaciones, podemos divulgar información de salud de oficiales militares y veteranos, a instalaciones correccionales, a programas de beneficios gubernamentales y por razones de seguridad nacional.

For workers' compensation purposes

Para fines de compensación laboral

We may be required to disclose your health information to government agencies so that they can monitor or license health care providers such as doctors and nurses.

Es posible que se nos solicite divulgar su información de salud a agencias gubernamentales para que puedan monitorear o otorgar licencias a proveedores de atención médica, como médicos y enfermeras.

For fundraising purposes

Para recaudar fondos

We may use certain information (such as demographic information, dates of services, department of service, treating physicians, and outcomes) to send fundraising communications to you. However, you may opt out of receiving any such communications by contacting our office and your decision to opt-out will have no impact on your treatment.

Podemos usar cierta información (como información demográfica, fechas de servicios, departamento de servicio, médicos tratantes y resultados) para enviarle comunicaciones de recaudación de fondos. Sin embargo, puede optar por no recibir dichas comunicaciones comunicándose con nuestra oficina y su decisión de optar por no recibirlas no tendrá ningún impacto en su tratamiento.

Uses and Disclosures of Your Protected Health Information That Offer You an Opportunity to Object

Usos y divulgaciones de su información médica protegida que le ofrecen la oportunidad de objetar

In the following situations, we may disclose some of your Protected Health Information if we first inform you about the disclosure and you do not object:

En las siguientes situaciones, podemos divulgar parte de su información de salud protegida si primero le informamos sobre la divulgación y usted no se opone:

In patient directories

En directorios de pacientes

Your name, location and general health condition may be listed in our patient directory for disclosure to callers or visitors who ask for you by name. Additionally, your religion may be shared with clergy.

Su nombre, ubicación y estado de salud general pueden figurar en nuestro directorio de pacientes para revelarlo a las personas que llaman o a los visitantes que lo solicitan por su nombre. Además, su religión puede ser compartida con el clero.

To your family, friends or others involved in your care

A su familia, amigos u otras personas involucradas en su atención

We may share with these people information related to their involvement in your care or information to notify them as to your location or general condition. We may release your health information to organizations handling disaster relief efforts.

Podemos compartir con estas personas información relacionada con su participación en su atención o información para notificarles sobre su ubicación o condición general. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones que manejan esfuerzos de ayuda en caso de desastres.

Uses and Disclosures of Your Protected Health Information That Require Your Consent

Usos y divulgaciones de su información de salud protegida que requieren su consentimiento

The following uses and disclosures of your Protected Health Information will be made only with your written permission, which you may withdraw at any time:

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información de salud protegida se realizarán solo con su permiso por escrito, que puede retirar en cualquier momento:

For research purposes

Para fines de investigación

In order to serve our patient community, we may want to use your health information in research studies. For example, researchers may want to see whether your treatment cured your illness. In such an instance, we will ask you to complete a form allowing us to use or disclose your information for research purposes. Completion of this form is completely voluntary and will have no effect on your treatment.

Para servir a nuestra comunidad de pacientes, es posible que queramos utilizar su información de salud en estudios de investigación. Por ejemplo, los investigadores pueden querer ver si su tratamiento curó su enfermedad. En tal caso, le pediremos que complete un formulario que nos permita usar o divulgar su información con fines de investigación. Completar este formulario es completamente voluntario y no tendrá ningún efecto en su tratamiento.

Notice of Privacy Practices

Page 4



Aviso de prácticas de privacidad

For marketing purposes

Con fines de marketing

We do not share any client data with third parties. Your personal information is kept confidential and is not disclosed to any outside organizations, except as required by law or with your explicit consent

No compartimos ningún dato del cliente con organizaciones de terceros. Su información personal se mantiene confidencial y no se divulga a ninguna organización externa, excepto según lo exija la ley o con su consentimiento explícito.

Of psychotherapy notes

De notas de psicoterapia

Without your permission, we will not use or disclose notes in which your doctor describes or analyzes a counseling session in which you participated, unless the use or disclosure is for on-site student training, for disclosure required by a court order, or for the sole use of the doctor who took the notes.

Sin su permiso, no usaremos ni divulgaremos notas en las que su médico describa o analice una sesión de asesoramiento en la que participó, a menos que el uso o divulgación sea para capacitación de estudiantes en el sitio, para divulgación requerida por una orden judicial para el uso exclusivo del médico que tomó las notas.

For any other purposes not described in this Notice

Para cualquier otro propósito no descrito en este Aviso

Without your permission, we will not use or disclose your health information under any circumstances that are not described in this Notice.

Sin su permiso, no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud bajo ninguna circunstancia que no se describa en este Aviso.

Your Rights Regarding Your Protected Health Information

Sus derechos con respecto a su información de salud protegida

You have the following rights related to your Protected Health Information:

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su Información de salud protegida:

To inspect and request a copy of your Protected health Information

Para inspeccionar y solicitar una copia de su información de salud protegida

You may look at and obtain a copy of your Protected Health Information in most cases. You may not view or copy psychotherapy notes, information collected for use in a legal or government action, and information which you cannot access by law. If we use or maintain the requested information electronically, you may request that information in electronic format.

Puede ver y obtener una copia de su información de salud protegida en la mayoría de los casos. No puede ver ni copiar notas de psicoterapia, información recopilada para su uso en una acción legal o gubernamental e información a la que no puede acceder por ley. Si usamos o mantenemos la información solicitada electrónicamente, puede solicitar esa información en formato electrónico.

To request that we correct your Protected Health Information

Para solicitar que corrijamos su información de salud protegida

If you think that there is a mistake or a gap in our file of your health information, you may ask us in writing to correct the file. We may deny your request if we find that the file is correct and complete, not created by us, or not allowed to be disclosed. If we deny your request, we will explain our reasons for the denial and your rights to have the request and denial and your written response added to your file. If we approve your request, we will change the file, report that change to you, and tell others that need to know about the change in your file.

Si cree que hay un error o una brecha en nuestro archivo de su información de salud, puede solicitarnos por escrito que corrijamos el archivo. Podemos denegar su solicitud si descubrimos que el archivo es correcto y está completo, no fue creado por nosotros o si no se permite su divulgación. Si denegamos su solicitud, le explicaremos nuestras razones para la denegación y sus derechos para que la solicitud y la denegación y su respuesta por escrito se agreguen a su archivo. Si aprobamos su solicitud, cambiaremos el archivo, le informaremos ese cambio y le diremos a los demás que necesitan saber sobre el cambio en su archivo.

To request confidential communication methods

Solicitar métodos de comunicación confidencial

You may ask that we contact you at a certain address or in a certain way. We must agree to your request as long as it is reasonably easy for us to do so.

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted en una determinada dirección o de cierta manera. Debemos aceptar su solicitud siempre

Notice of Privacy Practices

Page 5

Aviso de prácticas de privacidad



To request a restriction on the use or disclosure of your Protected Health Information

Para solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud protegida

que sea razonablemente fácil para nosotros hacerlo.

You may ask us to limit how we use or disclose your information, but we generally do not have to agree to your request. An exception is that we must agree to a request not to send Protected Health Information to a health plan for purposes of payment or health care operations if you have paid in full for the related product or service. If we agree to all or part of your request, we will put our agreement in writing and obey it except in emergency situations. We cannot limit uses or disclosures that are required by law.

Puede solicitarnos que limitemos cómo usamos o divulgamos su información, pero generalmente no tenemos que aceptar su solicitud. Una excepción es que debemos aceptar una solicitud de no enviar Información de salud protegida a un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica si ha pagado por completo el producto o servicio relacionado. Si aceptamos todo o parte de su solicitud, pondremos nuestro acuerdo por escrito y lo obedeceremos, excepto en situaciones de emergencia. No podemos limitar los usos o divulgaciones que exige la ley.

To find out what disclosures have been made

Para averiguar qué revelaciones se han hecho

You may get a list describing when, to whom, why, and what of your Protected Health Information has been disclosed during the past six years. We must respond to your request within sixty days of receiving it. We will only charge you for the list if you request more than one list per year. The list will not include disclosures made to you or for purposes of treatment, payment, health care operations if we do not use electronic health records, our patient directory, national security, law enforcement, and certain health oversight activities.

Puede obtener una lista que describe cuándo, a quién, por qué y qué información de salud protegida ha sido divulgada durante los últimos seis años. Debemos responder a su solicitud dentro de los sesenta días de haberla recibido. Solo le cobraremos por la lista si solicita más de una lista por año. La lista no incluirá divulgaciones hechas a usted o para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica si no utilizamos registros médicos electrónicos, nuestro directorio de pacientes, seguridad nacional, cumplimiento de la ley y ciertas actividades de supervisión de la salud.

To receive notice if your records have been breached

Para recibir un aviso si sus registros han sido violados

We will notify you if there has been an acquisition, access, use or disclosure of your Protected Health Information in a manner not allowed under the law and which we are required by law to report to you., We will review any suspected breach to determine the appropriate response under the circumstances.

Le notificaremos si ha habido una adquisición, acceso, uso o divulgación de su Información de salud protegida de una manera no permitida por la ley y que la ley nos exige informarle. Revisaremos cualquier sospecha de incumplimiento para determinar La respuesta apropiada bajo las circunstancias.

For a paper copy of this Notice

Para una copia en papel de este Aviso

Upon your request, we will give you a paper copy of this Notice.

Si lo solicita, le daremos una copia impresa de este Aviso.

How to Complain About Our Privacy Practices

Cómo quejarse de nuestras prácticas de privacidad

If you think we may have violated your privacy rights, or if you disagree with a decision we made about your Protected Health Information, you may file a complaint with our office by email to privacy@akesomedical.com or The Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services by writing to 200 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20201 or by calling 1-877-696-6775. We will take no action against you if you make a complaint.

Si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su Información de salud protegida, puede presentar una queja en nuestra oficina por correo electrónico a privacy@akesomedical.com o al Secretario del Departamento de EE. UU. Salud y Servicios Humanos escribiendo a 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201 o llamando al 1-877-696-6775. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

We are required by law to maintain the privacy of, and provide individuals with, this notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. If you have any objections to this form, please ask to speak with our HIPAA Compliance Officer in person or by phone at our main phone number. **This signature is only an acknowledgement that you have received this notice of our Privacy Practices.**

La ley nos exige que mantengamos la privacidad y proporcionemos a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal. **Esta firma es solo un reconocimiento de que ha recibido esta notificación de nuestras Prácticas de privacidad.**

Patient Signature _____
Firma

Print Name _____
Nombre impreso

Date _____
Fecha