



**The Door – A Center Of Alternatives, Inc.
Adolescent Health Center**

Aviso de Prácticas de Privacidad

El Centro de Salud del Adolescente protege toda su información personal con las salvaguardias especiales. Sólo autorizada empleados que necesitan la información para el desempeño de su trabajo y el servicio a usted puede verlo. Ellos son entrenados regularmente en el manejo adecuado de sus registros.

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
- Lo incluimos en un directorio hospitalario
- Proporcionamos atención médica mental
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Recaudamos fondos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos por sus servicios
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública
- Realizamos investigaciones médicas
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajamos con un médico forense o director funerario
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

Se puede obtener una copia completa Del Aviso de Prácticas de Privacidad en la Recepción.

Nombre: _____ **Apellido:** _____

Firma Del Paciente: _____ **Fecha:** _____



**The Door – A Center Of Alternatives, Inc.
Adolescent Health Center**

Aviso de Prácticas de Privacidad

El Centro de Salud del Adolescente protege toda su información personal con las salvaguardias especiales. Sólo autorizada empleados que necesitan la información para el desempeño de su trabajo y el servicio a usted puede verlo. Ellos son entrenados regularmente en el manejo adecuado de sus registros.

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
- Lo incluimos en un directorio hospitalario
- Proporcionamos atención médica mental
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Recaudamos fondos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos por sus servicios
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública
- Realizamos investigaciones médicas
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajamos con un médico forense o director funerario
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

Se puede obtener una copia completa Del Aviso de Prácticas de Privacidad en la Recepción.

Nombre: _____ **Apellido:** _____

Firma Del Paciente: _____ **Fecha:** _____