

AVISO RESUMIDO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 04/30/2026



ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, LEE CON ATENCIÓN. ESTA ES UNA VERSIÓN ABREVIADA DE NUESTRO AVISO MÁS COMPLETO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, DISPONIBLE EN NUESTRA PÁGINA WEB O BAJO SOLICITUD.

INTRODUCCIÓN

Visionary Ophthalmology, LLC (la "Práctica") está comprometida a utilizar su información médica de forma responsable. Este resumen de Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") describe la naturaleza de su información sanitaria protegida ("PHI"), y cómo y cuándo utilizamos o divulgamos esa PHI. También describe sus derechos en relación con su PHI.

Estamos obligados por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA") a mantener la seguridad y confidencialidad de las PHI obtenidas o creadas por nosotros en cualquier forma. Según lo exige HIPAA, preparamos este Aviso para explicar cómo mantenemos la privacidad de tu PHI y cómo podemos divulgar su PHI. Estamos obligados por HIPAA a cumplir con los términos de este Aviso. Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento, y dicho Aviso modificado se aplicará a todas las PHI mantenidas por la Práctica en ese momento. Publicaremos una copia del Aviso revisado en nuestras oficinas, y puede solicitar una copia por escrito para sus registros.

ENTENDIENDO TU PHI

PHI es cualquier información relacionada con su salud física o mental pasada, presente o futura, incluyendo el tratamiento y el pago correspondientes. Cada vez que viene a una consulta, creamos un registro de su visita. Este registro puede contener información sobre su demografía personal, examen médico, diagnósticos, resultados de pruebas, tratamientos y otros datos relevantes.

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Conseguir una copia de su historial médico en papel o electrónico
- Corrigir su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pídenos que limitemos la información que compartimos
- Consigue una lista de quienes hemos compartido su información
- Consigue una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien que actúe por usted
- Presenta una queja si crees que se han violado sus derechos de privacidad

Sus elecciones

Tienes algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información mientras nosotros:

- Cuéntales a su familia y amigos sobre su condición
- Proporcionar ayuda en desastres
- Incluirte en un directorio hospitalario
- Proporcionar atención de salud mental
- Promociona nuestros servicios y vende tu información
- Recaudación de fondos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir tu información tal como:

- Se invito
- Dirigir nuestra organización
- Factura por sus servicios
- Ayuda con cuestiones de salud pública y seguridad
- Haz investigación
- Cumplir con la ley

AVISO RESUMIDO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 04/30/2026



- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un forense o un director funerario
- Atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

En la medida en que dispongamos de sus registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, sujetos a la parte 2 del 42 CFR, no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y una citación judicial.

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA INFORMAR DE UN PROBLEMA

Para presentar una queja o solicitar información adicional sobre este Aviso o nuestras prácticas de privacidad, por favor contacte con:

Visionary Ophthalmology, LLC
11300 Rockville Pike, Suite 1202
Rockville, MD 20852
info@voeyedr.com
301-896-0890

Si crees que se han vulnerado sus derechos de privacidad, por favor contacta con el Oficial de Cumplimiento HIPAA de la Consulta mencionado arriba. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. – Oficina de Derechos Civiles. **No habrá represalias por presentar una queja ni ante el Oficial de Cumplimiento HIPAA de la Práctica ni ante la Oficina de Derechos Civiles.**

ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido el contenido de este documento. Entiendo que esta es una versión abreviada del Aviso de Prácticas de Privacidad más completo de la Práctica, que está disponible para mí en la página web de la clínica o bajo solicitud.

Paciente / Parte responsable - Firma

Fecha

Paciente / Parte responsable – Nombre impreso

Representante Personal, Familia u Otras Entidades Autorizadas Acceso a Tu Información Sanitaria Protegida

Si desea autorizar a cualquier otra persona o entidad a ver, utilizar o compartir su Información de Salud Protegida, por favor indique sus nombres a continuación. Para evitar dudas, al listar el nombre de cualquier persona o entidad a continuación, autorizas a la Consulta a compartir tu Información de Salud Protegida con ellos (incluyendo información relacionada con tu tratamiento, facturación y administración sanitaria general).

Nombre de la persona / entidad autorizada

Número de teléfono

Fecha

Nombre de la persona / entidad autorizada

Número de teléfono

Fecha