

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a dicha información. Por favor, revíselo detenidamente.

Fecha de entrada en vigor: 3/10/2026

Nuestro Compromiso con Su Privacidad

Eagle Rock Eyecare LLC se compromete a proteger la privacidad de su información de salud protegida («PHI», por sus siglas en inglés). La ley nos obliga a mantener la privacidad de su PHI, a proporcionarle este Aviso y a cumplir con los términos de este Aviso que se encuentren vigentes.

Cómo Podemos Utilizar y Divulgar Su Información de Salud

Podemos utilizar y divulgar su PHI para:

Tratamiento: Para proporcionar y coordinar su atención oftalmológica.

Pago: Para facturar y cobrarle a usted o a su seguro.

Operaciones de atención médica: Para la mejora de la calidad, la capacitación del personal, la obtención de licencias y las auditorías.

Otras Divulgaciones Permitidas o Requeridas

Según lo exige la ley: actividades de salud pública, supervisión sanitaria, procedimientos judiciales, fuerzas del orden, prevención de amenazas graves y compensación para trabajadores.

Usos que Requieren Autorización

El marketing, la venta de información o cualquier otro uso no enumerado requieren su autorización por escrito, la cual usted puede revocar.

Sus Derechos

Usted tiene derecho a inspeccionar, obtener copias, modificar, solicitar restricciones, comunicaciones confidenciales, un registro de las divulgaciones y una copia impresa de este aviso.

Nuestras Responsabilidades

Protegeremos su PHI, le notificaremos sobre cualquier incumplimiento de seguridad y cumpliremos con este Aviso.

Quejas

Eagle Rock Eyecare LLC

Dirección: PO Box 333, West Orange, NJ 07052

Teléfono: 973-559-7903

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad por Parte del Paciente

Confirmando que he recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Eagle Rock Eyecare LLC.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____