

## **AVISO SOBRE PRATICA DE PRIVACIDAD DE EL PROVEEDOR**

Por favor notar: Este aviso describe como su informacion medica puede ser usada o divulgada y como puede usted obtener acceso a esta informacion. Favor de revisarla cuidadosamente. Una descripcion mas detallada sobre este aviso esta disponible a petición.

Orthotic & Prosthetic Technologies, Inc. (OPT), debe mantener la privacidad de su informacion medica y otorgarle a usted un aviso que describe nuestra obligacion legal y práctica de privacidad con respeto a su informacion medica. En general, cuando nosotros descargemos su informacion medica, debemos solo descargar la informacion necesaria para llevar acabo el proposito del uso y divulgación. Sin embargo, toda informacion sobre su salud personal que usted designa sera disponible si usted firma una forma de autorización, si usted solicita su informacion personalmente, a un proveedor con respecto a su tratamiento, o por petición legal. Debemos seguir la práctica de privacidad descrita en este aviso.

Sin su autorización por escrito, podemos usar informacion sobre su salud para los siguientes propositos:

1) Tratamiento, 2) pagos, 3) operaciones de cuidado medico, 4) como requerido o permitido por la ley, 5) para actividades de salud publica, 6) para vigilancia de salud, 7) para actividad relacionada con muerte, 8) para investigar, 9) para evitar una amenaza de salud o seguridad, 10) para el ejercito militar, seguridad nacional o encarcelamiento/custodia por ejecución de la ley, 11) para compensación de trabajadores, 12) para todos involucrados con su cuidado o pago de su cuidado.

Nota: Excepto por las situaciones mencionadas anteriormente, necesitamos obtener especificamente su autorización para cualquier otro descargo de su informacion medica.

Derechos sobre su informacion de salud:

Usted tiene varios derechos con respeto a su informacion de salud. Si desea ejercer cualquiera de los proximos derechos, por favor ponerse en contacto con Aaron Foreman, Funcionario de Seguridad.

1) Inspeccionar y copiar su informacion de salud, 2) Pedir corregir su información de salud 3) Pedir restricciones en ciertos usos y divulgades, 4) como aplicable, recibir comunicacion confidencial sobre información de salud, 5) recibir un registro de divulgaciones sobre su información de salud, 6) obtener una copia de este aviso y la versión extendida de este aviso, 7) Queja (Aaron Foreman, M.S.P.T., C.P.O., Funcionario de Seguridad 512-377-2323)

**ESTE AVISO SOBRE LA PRIVACIDAD DE INFORMACION MEDICA SERA EFECTIVO 11/22/2006**

Con firmar esta forma, usted reconoce que OPT, Inc. le a dado una copia de su Aviso de Privacidad que explica como información sobre su salud sera manejada en varias situaciones.

E recibido el Aviso de Privacidad de OPT y se me a dado la oportunidad para discutir mis preocupaciones sobre la privacidad de mi informacion de salud.

Firma del Paciente

Fecha