

**FIRSTSIGHT VISION SERVICES, INC.**  
**Aviso de prácticas de privacidad -- Vigente desde el 1 de junio de 2010**

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN LA QUE SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVISE CUIDADOSAMENTE ESTE AVISO.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, contacte a nuestro funcionario de privacidad:

FirstSight Vision Services, Inc.

Atención: President & CEO

1202 Monte Vista Avenue, Suite 17, Upland, CA 91786

1 (909) 920-5008 • info@firstsightvision.net • www.firstsightvision.net

**1. Nuestro deber legal.** Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su información de salud y que le enviemos este Aviso de prácticas de privacidad. Este Aviso describe nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos en relación con su información de salud. Estamos obligados a acatar estas prácticas de privacidad a partir de su fecha de entrada en vigencia y hasta que reemplacemos este Aviso.

**2. Usos y divulgaciones de la información de salud.** Recopilamos información de salud sobre usted y la conservamos en una tabla y en formato electrónico. La ley nos permite usar y divulgar su información de salud de las maneras siguientes:

**A. Tratamiento** – Para brindarle cuidados de la visión y otros servicios de salud relacionados. Por ejemplo, podríamos compartir su información de salud con un médico que lo trata o que nos consulta acerca de su atención médica, o con un oculista que necesite verificar su prescripción. También podríamos usar su información de salud a fin de contactarlo para brindarle educación sobre su tratamiento médico o por el retiro de un producto.

**B. Pago** – Para que facturemos y cobremos el pago por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podríamos usar o divulgar su información para enviar una factura a usted, su plan de salud o un familiar, u otro plan de salud que requiera la información para pagarnos.

**C. Operaciones de servicios de salud** – Para operar nuestro plan de salud. Por ejemplo, nuestro equipo de aseguramiento de la calidad podría revisar y usar la información de su historial de salud para evaluar la atención y los resultados en su caso y en otros similares, con el fin de mejorar la calidad y efectividad de nuestros servicios. Podríamos usar y revelar esta información a auditores de agencias reguladoras o independientes en relación con programas de cumplimiento, detección de fraude y abuso, y administración de la compañía.

**D. Socios comerciales** – A nuestros “socios comerciales”, los cuales son terceros que nos prestan servicios administrativos y que habitualmente incluyen servicios de facturación, abogados, contadores y consultores. Requerimos que nuestros socios comerciales protejan adecuadamente su información de salud.

**E. Recordatorios de citas** – Para contactarlo (a través de mensajes de correo de voz y correo electrónico, tarjetas postales o cartas) en relación con sus citas. Si no está en casa, podríamos dejarle esta información en su contestadora o en un mensaje con la persona que conteste el teléfono. Trataremos de adaptarnos a las solicitudes razonables que usted podría hacer para que proporcionemos la información de cierta manera.

**F. Opciones de tratamiento** – Para informarle sobre sus alternativas de tratamiento.

**G. Divulgación a familiares/amigos/cuidadores** – Para su atención. Nuestros profesionales de la salud, con base en su criterio y experiencia profesionales, podrían divulgar su información de salud a un miembro de la familia u otro pariente, amigo personal cercano u otra persona que usted identifique, en la medida en que sea pertinente para la participación de dicha persona en sus cuidados o el pago relacionado con su atención. Le brindaremos la oportunidad de objetar dicha divulgación siempre que resulte práctico hacerlo. Podríamos divulgar la información de salud de menores a sus padres o tutores, a menos que esté prohibido por ley.

**H. Beneficios y servicios relacionados con la salud** – Para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que quizá le interesen. En las comunicaciones cara a cara, por ejemplo, en las citas con su optometrista, podríamos hablarle sobre otros productos y servicios que tal vez le interesen.

**I. Boletines informativos y otras comunicaciones** – Para comunicarle, mediante boletines informativos, correspondencia u otros medios, las opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas de manejo de enfermedades, programas de bienestar, productos u otras actividades basadas en la comunidad en las que nosotros o nuestros proveedores participamos.

**J. Socorro en casos de desastre** – Para coordinar su atención. Si ocurre un desastre, podríamos divulgar su información de salud a una organización de socorro para coordinar su atención o para notificar su ubicación y estado a sus familiares y amigos. Le brindaremos la oportunidad de aceptar u objetar tal divulgación siempre que sea práctico hacerlo.

**K. Marketing** – Para fines de marketing. En la mayoría de las circunstancias, estamos obligados por ley a recibir su autorización escrita antes de que usemos o divulguemos su información de salud con fines de marketing. Sin embargo, podemos darle regalos promocionales de valor nominal. No venderemos nuestras listas de pacientes ni su información de salud a un tercero sin su autorización escrita, de conformidad con las leyes federales y estatales.

**L. Información no identificable** – Para crear información "no identificable". Cuando creamos la información de salud "no identificable", eliminamos la información que lo identifica como fuente de la información misma. Se considera que la información de salud es "no identificable" solamente si no existen fundamentos razonables para creer que podría usarse la información de salud a fin de identificarlo. Una vez que la información de salud es no identificable, se puede usar para fines comerciales.

**M. Compensación de los trabajadores** – Para cumplir con las leyes. Podríamos divulgar su información en la medida en que ello esté autorizado y sea necesario para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

**N. Aplicación de la ley** – Podríamos revelar su información de salud:

- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial u otra persona similar;
- con respecto a la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de esa persona;
- acerca de una muerte que creemos que podría ser el resultado de una conducta delictiva;
- respecto de conducta delictiva en nuestras oficinas;
- a investigadores forenses o médicos forenses;
- en circunstancias de emergencia, para informar de un delito, el sitio del delito o las víctimas de éste, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito;
- a funcionarios federales autorizados para tareas de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley;
- a funcionarios federales autorizados, para que puedan llevar adelante investigaciones especiales o brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas, o a jefes de estado de otros países, y
- a una institución correccional o a un funcionario del orden público que tenga la legítima custodia de un prisionero o paciente.

**O. Procesos judiciales y administrativos:** Podríamos, y en ocasiones estamos obligados por ley a divulgar su información de salud durante un proceso administrativo o judicial en la medida en que sea autorizado expresamente por un tribunal o por una orden administrativa. También podríamos divulgar información sobre usted como respuesta a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otro proceso legítimo si se han hecho todos los esfuerzos razonables por notificarle sobre tal solicitud y usted no la ha objetado o si sus objeciones han sido resueltas por un tribunal o una orden administrativa.

**P. Actividades de salud pública:** Podríamos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente comprenden las siguientes:

- el otorgamiento de licencias y la certificación que realizan las autoridades de salud pública;
- la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades;
- los informes de nacimientos y defunciones;
- los informes de abuso o negligencia infantiles;
- notificaciones a personas que podrían haber estado expuestas a una enfermedad o que podrían estar en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o trastorno;
- la donación de órganos o tejidos, y
- las notificaciones a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos esta divulgación cuando la ley lo requiera, o si está de acuerdo con la divulgación, o cuando la ley nos autorice y, según nuestro criterio profesional, hacerlo sea necesario para prevenir un daño grave.

**Q. Donación de órganos o tejidos:** Podríamos divulgar su información de salud a las organizaciones que se dedican a obtener, conservar en banco o trasplantar órganos y tejidos.

**R. Representante personal:** Trataremos a todo representante suyo, por ejemplo, un tutor, como si dicha persona fuera usted en lo que se refiere a las divulgaciones de su información de salud.

**S. Conjunto de datos limitados:** Podríamos usar y divulgar un conjunto de datos limitados que no contenga ninguna información específica y fácilmente identificable sobre usted para fines de operaciones de investigación, salud pública y atención médica. No podemos difundir el conjunto de datos limitado a menos que celebremos un acuerdo de uso de

datos con el receptor, en el que éste se comprometa a limitar el uso de ese conjunto de datos a los fines para los que fue proporcionado, a garantizar la seguridad de los datos y a no identificar la información ni a usarla para contactar a ninguna persona.

**3. Autorización para otros usos de la información de salud.** Debe autorizar por escrito cualquier otro uso de la información de salud que no esté comprendido en nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* vigente o en las leyes que se aplican a nosotros. Podría autorizarnos por escrito el uso su información de salud o divulgarla a otros con algún fin. Podría revocar su autorización por escrito en cualquier momento, y nosotros ya no podremos utilizar ni divulgar su información de salud para las razones comprendidas en su autorización escrita, excepto en la medida en que ya hayamos actuado con base en su autorización. No podemos deshacer toda divulgación que ya hayamos hecho como nos lo autorizó y tenemos la obligación de conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

**4. Sus derechos a la información.** Los registros relacionados con los servicios que le brindamos son de nuestra propiedad y usted goza de derechos en lo que se refiere a la información sobre usted que ellos contienen. Para ejercer alguno de estos derechos, debe presentar una solicitud al funcionario de privacidad, quien tiene formularios que le ayudarán a presentar su solicitud. También podría obtener de nosotros copias impresas de estos formularios.

**A. Derecho de solicitar una copia impresa:** Tiene el derecho de solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente.

**B. Derecho de inspeccionar y copiar:** Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud en la mayoría de los casos. Para acceder a su información de salud, debe presentar una solicitud escrita a nuestro Funcionario de privacidad, en la cual detalle la información a la que desea tener acceso y si desea inspeccionarla u obtener una copia de ella.

Podríamos cobrar un cargo razonable, según lo permiten las leyes de California y las leyes federales. Podríamos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar la información en ciertos casos limitados, y usted podría solicitar una revisión de tal rechazo. Si rechazamos su solicitud de acceso a los registros de su hijo o de un adulto incapacitado al que representa porque creemos que es razonablemente probable que ello cause un daño sustancial al paciente, tendrá derecho a apelar nuestra decisión.

Si tenemos su información de salud en un registro de salud electrónico, tiene el derecho de solicitarnos que enviemos, a usted o a otra persona/entidad, una copia electrónica de su registro. Podríamos cobrarle un cargo razonable basado en el costo y limitado a los costos de mano de obra relacionados con la transmisión del registro electrónico.

**C. Derecho de solicitar restricciones:** Tiene el derecho de solicitar que se apliquen restricciones a la información de salud que usamos o divulgamos acerca de usted en relación con el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si pagó directamente un artículo o servicio específico, tiene el derecho de solicitar que no divulguemos información de salud respecto de dicho artículo o servicio a un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica, y debemos cumplir con dicha solicitud. También tiene el derecho de solicitar límites a la información de salud que comunicamos sobre su persona a alguien que participa en su atención o en el pago de su atención. Debe enviar su solicitud escrita a nuestro funcionario de privacidad y especificar la información que desea limitar, si desea que limitemos su uso o divulgación, y a quiénes desea que se apliquen tales límites. Salvo lo mencionado arriba, nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar su solicitud y le notificaremos nuestra decisión.

**D. Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene el derecho de solicitar que reciba su información de salud de un modo específico o en un lugar específico, y satisfaremos toda solicitud razonable que envíe por escrito a nuestro funcionario de privacidad. Por ejemplo, podría solicitar que enviemos información a una cuenta de correo electrónico particular o a la dirección de su trabajo.

**E. Derecho de enmendar o complementar:** Tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud si cree que es inexacta o incompleta. Debe expresar esta solicitud por escrito a nuestro funcionario de privacidad e indicarnos las razones por las que cree que la información es inexacta o incompleta. No tenemos la obligación de cambiar la información y le proporcionaremos información sobre el posible rechazo de su solicitud. Tiene el derecho de solicitar que agreguemos una declaración de hasta 250 palabras a su registro respecto de alguna declaración o punto que considere incompleto o incorrecto.

**F. Derecho a un informe de divulgaciones:** Tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud que hayamos hecho, a solicitud expresa suya por escrito, en la medida en que se trate de una relación que la ley nos obligue a mantener. Si se utiliza un registro de salud electrónico, tiene el derecho de recibir una relación de divulgaciones de información de salud protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica durante un periodo de 3 años, incluidas las divulgaciones a un socio comercial.

**G. Derecho a recibir un aviso de violación:** Estamos obligados a notificarle, por correo de primera clase o por correo electrónico (si ha indicado que prefiere recibir información por correo electrónico), cualquier violación de la información de salud protegida no asegurada con la mayor brevedad posible, a más tardar en los 60 días posteriores al descubrimiento de tal violación. La “información de salud protegida no asegurada” es la que no está asegurada mediante el uso de una tecnología o metodología que el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (el

“Secretario”) identifica como una que vuelve inutilizable, ilegible e indescifrable dicha información de salud protegida para usuarios no autorizados. Este aviso de violación debe incluir obligatoriamente la información siguiente:

- una breve descripción de la violación, incluida la fecha de la violación y la fecha de su detección, si se las conoce;
- una descripción del tipo de información de salud protegida no asegurada que se relaciona con la violación;
- las medidas que debe tomar para protegerse del posible perjuicio que resulte de la violación;
- una breve descripción de las medidas que estamos tomando para investigar la violación, mitigar las pérdidas y protegerlo contra posteriores violaciones;
- la información de contacto, que incluye un número de una línea telefónica gratuita, dirección de correo electrónico, sitio web o dirección postal para permitirle que haga preguntas o solicite información adicional

En el supuesto en que la violación abarque 10 o más pacientes cuya información de contacto está desactualizada, publicaremos un aviso de violación en la página de inicio de nuestro sitio web, en [www.firstsightvision.net](http://www.firstsightvision.net), o en uno de los principales medios de comunicación impresos o de transmisión. Si la violación comprende más de 500 pacientes en el estado o jurisdicción, enviaremos avisos a medios de comunicación prominentes. Si la violación incluye más de 500 pacientes, estamos obligados a notificar de inmediato al Secretario. También tenemos la obligación de presentar un informe anual al Secretario en lo concerniente a una violación que haya involucrado a menos de 500 pacientes durante el año. Mantendremos un registro escrito de las violaciones en las que se vieron involucrados menos de 500 pacientes.

**H. Cambios en este Aviso Sobre Prácticas de Privacidad:** Acataremos los términos del Aviso actualmente vigente. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso en cualquier momento futuro, momento en el cual se aplicarán las disposiciones modificadas del Aviso a la totalidad de la información de salud protegida que mantengamos. Se publicará una copia del Aviso vigente en línea, en [www.firstsightvision.net](http://www.firstsightvision.net), o también se puede obtener en cualquier oficina de FirstSight, con una llamada al número de la línea gratuita indicado antes, con un mensaje de correo electrónico a [info@firstsightvision.net](mailto:info@firstsightvision.net) o mediante solicitud por escrito a la dirección que se indica al final de este Aviso.

**I. Leyes de California:** Usted tiene derecho a ejercer cualquier derecho que le confieran las leyes de California mayor que los descritos en el presente. En caso de que este Aviso no haga referencia a esos derechos mayores, se los considerará incorporados al presente Aviso y le serán conferidos.

**J. Quejas:** Dirija cualquier queja que pueda tener respecto de este Aviso o la forma en la que manejamos su información de salud por escrito a nuestro funcionario de privacidad, mencionado al comienzo de este Aviso. También puede enviar una queja formal a:

Region IX - AZ, CA, HI, NV, AS, GU  
The U.S. Affiliated Pacific Island Jurisdictions  
Office for Civil Rights, U.S. DHHS  
90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4 -100  
San Francisco, CA 94103  
[OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

Puede encontrar el formulario de queja en [www.hhs.gov/ocr/hipaahowto.pdf](http://www.hhs.gov/ocr/hipaahowto.pdf). No lo sancionaremos ni tomaremos ningún tipo de represalias en su contra si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No se tomará ningún tipo de represalia por la presentación de una queja.

## **SI DESEA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O INFORMAR DE UN PROBLEMA**

Si tiene preguntas sobre este Aviso y desea obtener información adicional, puede contactar al funcionario de privacidad, al 1 (800) 841-2790.