



Villas de San Francisco II  
87 Ave. De Diego  
San Juan, Puerto Rico 00927  
[aba@aba.pr](mailto:aba@aba.pr)  
787-304-4222  
[www.aba.pr](http://www.aba.pr)

# Aba Depilación Laser

Fecha de Efectividad: 23 de agosto de 2021

Oficial de Privacidad: Sandra Bibiloni

## NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA RECOPIADA POR ABA CENTRO DE ELECTRÓLISIS, INC. D/B/A ABA DEPILACIÓN LASER ("Aba") DURANTE EL PROCESO DE ORIENTACIÓN O DURANTE CUALQUIERA DE SUS CITAS DE TRATAMIENTO, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **REVÍSELO CON ATENCIÓN.**

Comprendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información médica protegida. "Información Médica Protegida", es aquella información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su información de salud física o mental pasada, presente o futura. Llevamos un registro de los tratamientos que le proporcionamos. Utilizamos estos registros para proveer servicio de calidad, para obtener el pago por los servicios provistos y para poder cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para que Aba funcione de manera adecuada. La ley nos exige mantener la privacidad de la Información Médica Protegida e informar a las personas de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información Médica Protegida. Esta Notificación describe cómo podemos utilizar y divulgar su Información Médica Protegida. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su Información Médica Protegida. Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación de Privacidad, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad mencionado anteriormente.

### I. CÓMO PODEMOS UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por lo general, utilizamos o compartimos su Información Médica Protegida de las siguientes maneras:

- 1. Tratamiento.** Utilizamos su Información Médica Protegida para determinar qué tipo de tratamiento puede o no recibir en Aba. Divulgamos Información Médica Protegida a nuestros empleados y otras personas involucradas en brindarle un servicio de calidad.
- 2. Operación de Aba.** Podemos utilizar y divulgar su Información Médica Protegida para poder brindarle nuestros servicios, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su Información Médica Protegida para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la capacitación y la calificación de nuestro personal. También podemos utilizar y divulgar esta información cuando sea necesario para auditorías y servicios legales, incluido el fraude. Además, podemos compartir su Información Médica Protegida con nuestros empleados, así como con nuestros "socios comerciales". Por ejemplo, podemos divulgar su Información Médica Protegida con nuestros manejadores de records electrónicos. Poseemos un contrato escrito con cada uno de estos socios comerciales con términos que les exigen a ellos y a sus subcontratistas proteger la confidencialidad y la seguridad de su Información Médica Protegida.
- 4. Podemos utilizar y divulgar Información Médica Protegida para ponernos en contacto con usted y recordarle sus citas.** Si usted no está en su hogar o no responde a nuestras llamadas o mensajes, podemos dejar esta información en el contestador automático o en un mensaje con la persona que atiende el teléfono.
- 5. Registro.** Podemos utilizar y divulgar su Información Médica Protegida solicitándole que se registre cuando llegue a nuestro establecimiento. También podemos decir su nombre cuando estemos listos para atenderlo.
- 8. Venta de Información Médica Protegida.** No venderemos su Información Médica Protegida bajo ningún concepto.

9. **Exigido por ley.** De acuerdo con la ley, utilizaremos y divulgaremos su Información Médica Protegida, pero limitaremos este uso y esta divulgación a los requerimientos correspondientes de ley. Cuando la ley nos exija informar abusos, negligencia o violencia doméstica, o responder procedimientos legales o administrativos, o responder a las autoridades.

A. **Salud pública.** Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su Información Médica Protegida a autoridades de la salud pública con propósitos relacionados a la prevención y el control de enfermedades; denuncias de abuso o negligencia en el cuidado de un niño, adulto mayor o adulto dependiente; la denuncia de casos de violencia doméstica; y la denuncia de exposiciones a enfermedades o infecciones.

B. **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su Información Médica Protegida durante el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida que lo autorice expresamente un Tribunal u orden administrativa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, un requerimiento de producción de documentos u otro proceso legal si se hizo todo lo posible por notificarle a usted sobre la solicitud y usted no se opuso, o si sus objeciones se resolvieron en un Tribunal o una orden administrativa.

C. **Cumplimiento de la ley.** Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su Información Médica Protegida a un agente de la autoridad con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, y para otros fines para el cumplimiento de la ley.

D. **Médico forense.** Podemos compartir Información Médica Protegida con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

9. A excepción de lo descrito en esta Notificación de Privacidad, y en cumplimiento con nuestras obligaciones legales, Aba no utilizará ni divulgará Información Médica Protegida que lo identifique sin su autorización por escrito. Si usted autoriza a Aba a utilizar o divulgar Información Médica Protegida para otros fines, puede cancelar la autorización por escrito en cualquier momento.

## II. SUS DERECHOS

Cuando se trata de su Información Médica Protegida, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

1. **Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial en Aba.**

Usted puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial y otra Información Médica Protegida que tengamos de usted. Dicha solicitud puede hacerse enviando un correo electrónico a [aba@aba.pr](mailto:aba@aba.pr). Le entregaremos una copia o un resumen de su información, generalmente dentro de 7 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo de llevar a cabo este proceso.

2. **Solicitarnos que corrijamos su historial**

Puede solicitarnos que corrijamos su Información Médica Protegida si usted considera que es incorrecta o está incompleta. Dicha solicitud puede hacerse mediante el envío de un correo electrónico a [aba@aba.pr](mailto:aba@aba.pr). Podemos negarnos a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 14 días.

3. **Solicitar Comunicaciones confidenciales.**

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Cumpliremos con su solicitud siempre que la misma sea razonable.

4. **Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada Información Médica Protegida. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarnos si esto afectara el servicio que le brindamos.

5. **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido Información Médica Protegida**

Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su Información Médica Protegida durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas al pago y operaciones de Aba y otras divulgaciones determinadas.

6. **Obtener una copia de esta Notificación de Privacidad**

Puede solicitar una copia en papel de esta Notificación de Privacidad en cualquier momento, incluso si acordó recibir la Notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

7. **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su Información Médica Protegida según esta información se define en este documento. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

8. **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información provista en la página 1 de esta Notificación de Privacidad. Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/privacyhowtofile\\_sp.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/privacyhowtofile_sp.pdf). No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

### III. NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su Información Médica Protegida. Por lo mismo, le haremos saber inmediatamente si ocurre algún incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su Información Médica Protegida. A su vez, debemos cumplir con todo lo estipulado en esta Notificación de Privacidad y estamos obligados a entregarle una copia de la misma. En ningún momento compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

### IV. CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta Notificación de Privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que realicemos dicha modificación, la ley nos exige cumplir con esta Notificación. Luego de que se realiza una modificación, la Notificación de Privacidad revisada aplicará a toda la Información Médica Protegida que mantengamos, sin importar cuándo fue creada o recibida. Mantendremos una copia de la Notificación de Privacidad actual publicada en [aba.pr/infomedica](http://aba.pr/infomedica) y habrá una copia disponible en cada cita. También publicaremos el aviso vigente en [aba.pr](http://aba.pr).

Al firmar el presente documento certifico que recibí copia de la presente Notificación de Privacidad y afirmo haber leído y aceptar la misma en todos sus términos.

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha