

## AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de efectividad: Junio 26, 2016

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

***POR FAVOR REVÍSELA MUY CUIDADOSAMENTE***

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, favor de contactarse con: **Health Ministries Clinic, Inc.**  
**Atención: Privacy Officer**  
**720 Medical Center Dr., Newton, KS 67114**  
**Tel: 316-283-6103 Fax: 316-283-1333**

### **NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Cada vez que usted visita un hospital, doctor o cualquier otro proveedor de salud, la información de su visita es registrada y típicamente, este registro contiene sus síntomas, examinación y los resultados de sus pruebas, diagnósticos, tratamiento, y un plan para su cuidado o tratamiento y su información de facturación. Estos registros son necesarios para los proveedores de salud para proveerle un mejor cuidado médico y cumplir con ciertos requisitos legales.

Estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de nuestros registros que contienen información acerca de usted. Este aviso aplica a todos sus registros para su cuidado creados o recibidos por la Clínica de Health Ministries (“HMC”). Otros proveedores de salud de los cuales usted obtiene cuidado y tratamiento podrán tener diferentes pólizas o avisos con relación al uso y la revelación de su información médica que ha sido creada o recibida por ese proveedor. También, planes de aseguranza de salud podrán tener diferentes pólizas concernientes a la información que ellos reciben.

Este aviso le informará a usted acerca de las maneras en las cuales nosotros podemos usar y compartir su información de salud. Nosotros también describimos sus derechos y ciertas obligaciones con respecto al uso y revelación sobre su información de salud.

Por ley somos requerido mantener la privacidad de su información de salud; para darle este aviso acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas privadas, y hacer un esfuerzo de buena fe para obtener su reconocimiento que ha recibido este aviso; para notificar a individuos afectados tras una violación de su información de salud que este inseguro; y que cumplamos con los términos de este aviso que está en efecto.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

- **El Derecho De Revisar Y Copiar.** Tiene el derecho de revisar y copiar la información médica que puede ser utilizada en hacer decisiones sobre el cuidado de su salud. Usualmente, esto incluye información médica y registros de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia.

Para revisar y copiar la información de su salud, debe de completar un formulario par *Autorización de Información* en escrito para proveer la información que necesitamos para procesar su petición. Para obtener este formulario o para obtener más información sobre este proceso, favor de contactarse con la Oficial de Privacidad que está en la primera página de este aviso. Para copias de información, en forma de papel, se le cobrará por las copias, mandar por correo u otros materiales y servicios relacionados a su petición. Nosotros le podríamos requerir que usted pagara por este servicio antes de que se procese su petición de sacar copias.

Para información de salud que es mantenida en forma electrónica (como un registro electrónico), tiene el derecho de pedir una copia electrónica de su información de salud y se le puede ser proveída a usted o alguien que designe, en la forma o formato que sea pedido. Si el formulario o el formato que a pedido no es fácilmente producible, le proveeremos ya sea nuestro formato estándar o electrónico, o si rechaza este formato, se lo proveeremos en un documento de papel legible. Reservamos el derecho de elegir los medios (como CD, o memoria de USB) que su información de salud electrónica será proveída. Tenemos el derecho de cobrar una tarifa razonable, basada en costos por proveer su información de salud electrónica.

Nosotros podríamos negar su petición de revisar y sacar copias en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información de salud, usted puede pedir que el rechazo sea reconsiderado. Otro proveedor de salud autorizado que ha sido escogido por HMC (no será la persona que ha rechazado su petición) revisará su petición y el rechazo. Nosotros actuaremos conforme a lo que la revisión indique.

- **Su Derecho Para Pedir Enmienda.** Si usted cree que nuestros archivos contienen información sobre usted que es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que se enmiende la información. Usted tiene derecho para pedir una enmienda mientras la información se mantiene en la Clínica o está mantenida para la Clínica de Health Ministries.

**Para pedir una enmienda:** Contacte al oficial de Privacidad de HMC, para completar el formulario de Solicitud de Enmienda Protegida de Información de Salud; incluyendo la razón de su petición. Nosotros podemos negar su petición para una enmienda, si falla completar lo requerido en el formulario en su totalidad. En adición, su petición a la enmienda puede ser rechazada si usted nos pide que enmendemos información que:

- No ha sido creada por nosotros, a no ser que la persona o entidad que ha creado la información no exista para hacer tal enmienda.
- No es parte de la información de salud que es mantenido por o para la Clínica de Health Ministries.
- No es parte de la información que a usted se le permitiría revisar y sacar copias
- Es correcta y completa

Si su petición es negada, Ud. será informado de la razón por la cual se le rechazó y también tendrá la oportunidad de presentar su petición del desacuerdo, la cual será guardada con sus archivos.

➤ **El Derecho A Un Conteo De Revelaciones.**

Usted tiene el derecho de solicitar un “conteo de revelaciones.” Esto se refiere a una lista de revelaciones que hicimos sobre información de su salud, con ciertas excepciones específicamente definidas por la ley.

Para solicitar la lista de revelaciones: Contacte al Oficial de Privacidad para una forma de Solicitud de Autorización de Salud o para pedir más información. Complete el formulario y entregarlo al Oficial de Privacidad. Su petición deberá de indicar un periodo de tiempo, el cual no podrá ser más de seis años. Indique en qué forma desea usted está lista (por ejemplo, en papel, o electrónicamente). La primera lista que usted solicite durante un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, nosotros podríamos cobrarle por el costo de proveer la lista. Nosotros le notificaremos del costo en cuestión y usted podrá decidir entre modificar su petición o cancelarla antes de que se le cobre por cualquier costo.

➤ **El Derecho A Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de su tratamiento, pagos, o operaciones de cuidado de salud. También tiene el derecho de solicitar una limitación sobre la información de salud que nosotros revelamos concerniente a Ud. a alguien quien está involucrado en su cuidado o en los pagos de su cuidado, así como un miembro familiar o a un amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no se use o no se divulga su información sobre una cirugía que Ud. tuvo.

Nosotros no tenemos la obligación de estar de acuerdo con su petición, a menos que sean restricciones de la compañía de su aseguranza medica para servicios pagados de su bolso en su totalidad, cuando su petición sea echa en escrito a la hora de su servicio, o al tiempo que este planeando sus servicios de seguimiento por lo cual este pidiendo restricción. Si estamos de acuerdo, pondremos restricción para la información que a pedido a menos que tratamiento de emergencia necesite ser proveído.

Para solicitar restricciones o para más información: Contacte la persona indicada en la primera página de este aviso. Usted deberá de completar un formulario apropiado que nos provea información necesaria para procesar su petición.

➤ **El Derecho A Solicitar Métodos Alternativos De Comunicaciones.** Usted tiene el derecho a pedir que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos pongamos en contacto con usted únicamente en su trabajo o por correo.

Para solicitar un método alternativo de comunicaciones, Ud. deberá completar un formulario apropiado que nos provea información necesaria para procesar su petición. Para obtener este formulario o para obtener más información acerca de este proceso, favor de ponerse en contacto con la persona indicada en la primera página de este aviso. Nosotros no le preguntaremos la razón de su petición. Satisfeceremos todas peticiones razonables. Su petición deberá indicar de qué manera y dónde quiere que nos pongamos en contacto con usted.

**Derechos relacionados con el Intercambio de Información Electrónica de Salud.** HMC participa en el Intercambio Electrónico de Información (HIE). Nueva tecnología permite que un plan de salud o el doctor pueda hacer una sola solicitud por medio de una organización de información de salud (HIO), para obtener registros electrónicos para un paciente en específico de otros participantes de HIE para el uso de tratamiento, pago, o operaciones de cargo de salud.

Tiene dos opciones con respecto a HIE. Primero, puede permitir a individuales autorizados para acceder su información electrónica de salud por medio de HIO. Si escoge esta opción, no tiene que hacer nada. Segundo, puede restringir acceso para toda su información de salud electrónica (excepto acceso por individuales autorizados apropiadamente según sea necesario para reportar información específicamente requerida por la ley). Si desea restringir acceso: debe de completar y someter un formulario en específico disponible en <http://www.khie.org>. No puede restringir acceso solo para cierta información; su decisión es para restringir o permitir acceso para toda su información.

Si tiene alguna pregunta con respecto a HIE o HIO, por favor visite a <http://www.khie.org> para información adicional. Su decisión para restringir acceso por medio de HIO no causa impacto a otras revelaciones de su información de salud. Doctores y planes de aseguranza de salud puede que compartan su información directamente por otros medios. (e.g., facsmile o correo electrónico) sin su autorización específicamente echa por escrito.

Si recibe servicios de salud en un estado además de Kansas, diferentes reglamentos pueden aplicar con respecto a restricciones para acceso a su información electrónica de salud. Por favor comuníquese directamente con su doctor de salud fuera del estado sobre qué acción tomar, si alguna, necesita ser tomada para restringir acceso.

- **El Derecho A Una Copia De Este Aviso en Papel.** Usted tiene el derecho a una copia impresa de este aviso, y puede solicitar una copia en cualquier momento. Aún cuando Ud. haya pedido una copia de este aviso electrónicamente, para obtener una copia impresa de este aviso, favor de ponerse en contacto con la persona indicada en la primera página de este aviso.

### **Quejas**

Si usted cree que sus derechos con respecto a la información médica de usted han sido violados por la Clínica de Health Ministries, usted puede presentar una queja por escrito con HMC o con la Secretaria del departamento de salud y Servicios Humanos. Para formular una queja con HMC, póngase en contacto con la persona identificada en la primera página de este aviso. **Usted no será penalizado por formular una queja.**

### **COMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED SIN ESPECIFICAMENTE SU AUTORIZACIÓN.**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras que nos permiten usar y revelar su información de salud sin una autorización específica de usted. Si usted desea limitar nuestro uso de su información médica, en cuanto a los propósitos enumerados abajo, tendrá que hacer una petición para restricciones de la manera mencionada anteriormente.

- **Para Tratamiento.** Nosotros podríamos usar información sobre usted para darle tratamiento o servicios médicos. Nosotros podríamos revelar la información médica sobre usted a enfermeras, técnicos, u otro personal que este involucrado en su tratamiento de salud en HMC. Otros departamentos de HMC también podrían compartir su información de salud para coordinar diferentes necesidades que pueda necesitar tales como recetas, pruebas de laboratorio y rayos X.

Nosotros también podríamos revelar información de su salud a personas fuera de HMC que puede ser que estén involucradas en su cuidado médico, tales como miembros familiares, amigos, u personas que usamos para proveerle servicios que son parte de su cuidado. Sin embargo, tiene la oportunidad para que ponga restricciones sobre tales comunicaciones. Nosotros podríamos revelar la información de salud acerca de usted a otros proveedores de cuidado de salud que pidan tal información con el propósito de proveerle con un tratamiento médico.

- **Para Pagos.** Nosotros podríamos usar y revelar información de salud sobre usted para que los tratamientos y servicios que usted recibe en HMC sean facturados y los pagos sean cobrados a usted, a su compañía de aseguranza o a una tercera persona. Por ejemplo, nosotros podríamos tener la necesidad de dar información de su plan de salud acerca del tratamiento que usted recibió para que nosotros seamos pagados por medio de su plan de salud nos o le reembolse por el tratamiento. Nosotros también podríamos informarle a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted va a recibir para que obtengamos primero la aprobación, o para determinar si su plan cubrirá este tratamiento. Si paga por servicios, en completo, de nuestra oficina fuera de su bolsillo y solicita una restricción de información que le damos a su plan de salud a la hora de su servicio o a la hora de planear servicios de seguimiento, por ley como requeridos por HIPAA aceptar su restricción. Su petición necesita ser en escrito por la persona indicada en la primera página de este aviso. Nosotros también podríamos dar información sobre usted a otros proveedores de cuidado de salud para ayudarles a obtener pago por servicio y tratamiento que ese proveedor le ha dado.
- **Para El Funcionamiento Del Cuidado De Salud.** Nosotros podríamos usar y revelar información de salud sobre usted para nuestros usos internos. Estos usos y revelaciones son necesarios para que funcione la Clínica de Health Ministries y para asegurar que todos nuestros pacientes reciban un buen cuidado. Por ejemplo, nosotros podríamos usar información de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios, para también evaluar el desempeño de nuestro personal que está a su cuidado. Puede ser que también combinemos la información de salud sobre muchos de nuestros pacientes para decidir qué servicios adicionales podríamos ofrecer, qué servicios no son necesarios, y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. Nosotros también podríamos revelar información a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y a otro personal con el propósito de revisar y aprender. Nosotros también podríamos combinar la información de salud que tenemos con la de otros proveedores de cuidado de salud para comparar información y verificar en qué áreas podemos mejorar el cuidado y servicios que ofrecemos. Nosotros podríamos eliminar información que lo identifique con este grupo de información médica para que otros lo usen en sus estudios de cuidado de salud y en proporcionar cuidado de salud sin saber quiénes son los pacientes.

Nosotros podríamos revelar información de salud acerca de usted a otro proveedor de cuidado de salud o a un plan de salud con el cual usted también ha tenido una experiencia para el uso propio de operaciones internas de ellos.

- **Recordatorios De Citas.** Nosotros podríamos usar y revelar su información de salud con el fin de ponernos en contacto con usted para recordatorio de su cita. A no ser que usted nos autorice a hacer lo contrario, nosotros podríamos dejarle mensajes en su contestador de mensajes identificándonos como la Clínica de Health Ministries y pidiéndole que nos regrese la llamada. A no ser que usted nos autorice a hacer lo contrario, no revelaremos ninguna información de salud a ninguna persona que conteste el teléfono en caso de no ser usted. Únicamente le dejaremos un mensaje de que usted nos devuelva la llamada.
- **Encuestas.** Podemos usar y revelar información de salud para contactarnos con usted a fin de evaluar su satisfacción sobre nuestros servicios.
- **Alternativos De Tratamiento.** Puede ser que usemos y revelemos información de salud para informarle o para recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que podrían ser de interés para usted.

- **Beneficios Y Servicios De Salud**. Nosotros podríamos usar y divulgar la información de salud para informarle acerca de beneficios o servicios relacionados con su salud que pueda ser de interés para usted o para darle regalos promocionales de valor mínimo.
- **Actividades Para Recaudar Fondos**. Nosotros podríamos usar información de salud acerca de usted y ponernos en contacto con usted cuando estemos recaudando fondos para la Clínica de Health Ministries y su funcionamiento. Nosotros podríamos divulgar información de salud a alguna fundación relacionada con la Clínica de Health Ministries para que la fundación se pueda contactar con usted para recaudar fondos para la Clínica de Health Ministries. Nosotros únicamente divulgaremos información básica como su nombre, dirección, número telefónico y las fechas cuando usted recibió tratamiento o servicios en la Clínica de Health Ministries. Si no desea que la Clínica de Health Ministries se ponga en contacto con usted cuando están recaudando fondos, debe notificar a la persona mencionada en la primera página, por escrito, de este aviso.
- **Negocios Con Subcontratistas**. Hay algunos servicios que nuestra organización hace a través de subcontratistas o arreglos con otros negocios. Por ejemplo, podemos contratar a una compañía que saca copias para hacer copias de su expediente médico. Cuando estos servicios son contratados, nosotros podríamos divulgar su información médica a nuestros subcontratistas para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido. Para proteger su información de salud, nosotros requerimos que nuestros subcontratistas guarden esta información apropiadamente.
- **Personas Involucradas En Su Tratamiento O El Pago De Ello**. Nosotros podríamos divulgar la información de salud acerca de usted a uno de sus amigos o miembro de la familia que esté involucrado en su cuidado médico. Nosotros también podríamos dar información a alguien que ayude a pagar por su cuidado médico. Adicionalmente, podríamos divulgar su información de salud a organizaciones que están asistiendo en un desastre para que su familia sea notificada acerca de su condición, estado o paradero.
- **Investigaciones**. Bajo ciertas circunstancias, nosotros podríamos usar y divulgar la información de salud sobre usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigaciones podría requerir la comparación de salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron cierto medicamento a otros que recibieron otro medicamento para la misma condición. Todos los proyectos de investigación siempre están sujetos a un proceso de aprobación especial que evalúa el proyecto de investigación propuesta y el uso de información de salud, balanceando las necesidades de la investigación y la necesidad de la protección de información de salud de los pacientes. Antes de que se use o se divulgue la información de salud para investigar, el proyecto será aprobado por medio de este proceso para investigaciones. Tal vez podríamos divulgar información de su salud a a personas que estén preparándose para hacer la investigación en el proyecto; por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica usada no salga de nuestra clínica. Casi siempre le pediremos su permiso en caso de que los investigadores tengan acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o en el caso que vayan a estar participando relacionado con su cuidado médico.
- **Requerido Por La Ley**. Nosotros divulgaremos la información de su salud, cuando requiera la ley federal, estatal o local.
- **Par Prevenir Amenazas Serias A La Salud o Seguridad**. Nosotros podríamos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir amenazas a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación se le dará únicamente a la persona que puede ayudar a prevenir tal amenaza.
- **Donación De Órganos y Tejidos**. Si usted es un donante de órganos, puede ser que usemos y divulguemos su información de salud a organizaciones que están encargadas en la adquisición y manejo de órganos, ojos o trasplante de tejidos, o a un banco de órganos donados; siempre y cuando que sea necesario para facilitar el trasplante y la donación de órganos o tejidos.
- **Militares y Veteranos**. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, nosotros podríamos divulgar su información de salud acerca de usted cuando sea requerido por las autoridades militares. Nosotros también podríamos dar su información de salud acerca de personal militar en el extranjero a las apropiadas autoridades autorizadas.
- **Empleadores**. Puede ser que divulguemos su información de salud a su empleador si es que le estamos proveyendo cuidado médico a usted bajo la petición de su empleador, o es para una evaluación bajo vigilancia médica en el lugar de trabajo o para evaluar si es que usted tiene una enfermedad o herida relacionada a su trabajo. Bajo estas circunstancias, le informaremos a usted por escrito que esta información fue divulgada a su empleador. Cualquier otra divulgación de su información a su empleador será divulgada únicamente si usted nos da una autorización específica de revelar esta información.
- **Compensación De Trabajadores**. Nosotros podríamos divulgar su información de salud para informar a este programa de compensación u otros programas similares. Estos programas proveen beneficios de los empleados cuando haya tenido lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Los Riesgos De Salud Pública**. Nosotros podríamos dar información sobre su salud para actividades de salud pública, incluyendo:
  - Prevención o control de enfermedades, heridas o incapacidades.
  - Reporte de nacimientos y muertes.
  - Reporte de abuso o negligencia infantil.
  - Reporte de reacciones a medicinas o problemas con productos
  - Notificar a personas sobre el retiro de productos

- Notificar a personas que hayan sido expuestas a alguna enfermedad o puedan estar en riesgo de contraer o propagar enfermedades.
- Notificar a las autoridades gubernamentales si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, descuido o violencia doméstica. Nosotros únicamente divulgaremos esta información siempre y cuando usted esté de acuerdo o cuando sea requerido por la ley.
- **Actividades De Supervisión De Salud.** Puede ser que demos su información de salud a agencia de supervisión de salud y que están participando en actividades autorizadas por la ley, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciaturas. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda observar el sistema de cuidado de salud, programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de los derechos humanos.
- **Demandas Judiciales Y Disputas.** Si está involucrado en una demanda o disputa, nosotros podríamos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podríamos divulgar su información de salud en respuesta a una petición o un descubrimiento, o cualquier otro proceso legal hecho por alguien más que esté involucrado en la disputa, pero únicamente si hemos tratado de avisarle de la petición o para obtener una orden de protección sobre la información requerida.
- **Ejecución De La Ley.** Nosotros podríamos divulgar la información de salud si es que lo pide alguna autoridad de la ley:
  - Para dar respuesta a una orden de la corte, citación, orden de detención, petición de presentarse en corte o proceso similar.
  - Para identificar o localizar a sospechosos, fugitivos, testigos o personas extraviadas.
  - Acerca de la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podamos obtener la autorización de la persona.
  - Acerca de la muerte que creemos es el resultado de un acto criminal.
  - Acerca de un acto criminal en la Clínica de Health Ministries.
  - En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, el lugar del crimen o víctimas, o para identificar, describir o localizar a la persona que cometió el crimen.
- **Forenses, Médicos Examinadores Y Directores De Funerales.** Nosotros podríamos dar la información de salud a un forense o examinador médico, cuando sea necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Nosotros también podríamos divulgar la información de salud acerca de pacientes de HMC a directores de funerales cuando sea necesario para que ellos desarrollen su trabajo.
- **Seguridad Nacional Y Actividades Del Servicio De Inteligencia.** Nosotros podríamos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para información de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacionales autorizadas por la ley.
- **Servicios De Protección Para El Presidente Y Otros.** Nosotros podríamos divulgar la información de salud sobre usted a oficiales federales autorizados para que ellos puedan proveer protección al Presidente, otras personas autorizadas, o cabezas de gobiernos extranjeros o para hacer investigaciones especiales.
- **Presos/Personas Bajo Custodia.** Si usted es un presidiario en una institución correccional o bajo la custodia de una autoridad legal, nosotros podríamos divulgar la información de su salud a instituciones correccionales o a una autoridad legal. Divulgaremos la información que sea necesaria (1) para que la institución le dé el cuidado médico; (2) para protección y bienestar de su salud y para el bienestar de otros; o (3) para la seguridad y bienestar de la institución correccional.

**OTROS USOS DE INFORMACIÓN DE SALUD.** Otros usos y divulgaciones de información de salud que no hayan sido mencionadas en este aviso o de las leyes que nos aplican serán hechas únicamente con su autorización escrita. Si usted nos da la autorización para usar o divulgar la información de salud sobre usted, usted puede revocar esa autorización por escrito a cualquier hora. Si usted revoca su autorización, nosotros ya no podremos usar o divulgar la información de salud sobre usted por las razones ya mencionadas en su autorización escrita. Desde luego, no somos capaces de retractar cualquier divulgación hecha anteriormente con su permiso, y se nos requiere retener nuestros archivos en cuanto al cuidado médico que le hemos proveído.

**CAMBIOS A ESTE AVISO.** Reservamos el derecho a cambiar este aviso. Nosotros reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso cambiado o alterado y su aplicación a la información de salud que ya está en nuestra posesión, al igual que cualquier otra información que recibiremos en el futuro. Nosotros publicaremos una copia de este aviso en nuestra clínica y en nuestra página electrónica. La fecha de efectividad estará en la primera página del aviso.

**RECONOCIMIENTO.** Se le pedirá a usted que provea un reconocimiento por escrito de haber recibido este aviso. La ley nos exige que tratemos de la mejor manera de darle este aviso y de obtener su reconocimiento. Sin embargo, su cuidado médico o tratamiento en la Clínica de Health Ministries no será limitado si por acaso no nos dé este reconocimiento por escrito.