

## Dr. Barry Leonard and Associates

14425 Chase St.  
Panorama City, Ca 91402  
818-891-6711 www.drbleonard.com

### Aviso de Privacidad

Este aviso describe como su informacion de salud puede ser usada y revelada, y como ud. puede tener acceso a esta informacion. Favor de repasar esta informacion con cuidado, pues la privacidad de su informacion de su salud es importante para nosotros.

Siempre hemos luchado por tener la informacion de su salud segura y confidencial. Una nueva ley requiere que nosotros continuemos a mantener su privacidad, para darle este aviso y para seguir los terminos de este aviso. La ley nos permite usar y revelar su informacion de salud a esos involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, un repaso de su expediente por un doctor especialista a quien nosotros podamos involucrar en su cuidado. Puede que usemos y revelemos su informacion de salud para nuestras operaciones normales de cuidado de salud, asi como nuestros empleados pueden entrar su informacion en nuestra computadora, o compartir su informacion medica con socios del negocio, asi como servicio de factura, de nuevo bajo contrato para proteger su privacidad.

Podemos usar su informacion de privacidad para contactarlo. Podemos llamarle para recordarle de sus citas. Si no se encuentra en casa, podemos dejarle esta informacion en su maquina de contestar o con la persona que conteste el telefono. Podemos mandarle boletines y otra informacion por correo. En una emergencia, podemos revelar su informacion de salud a un miembro de su familia u otra persona responsable de su cuidado. Podemos revelar alguna o toda su informacion de salud cuando requerido por la ley.

Si esta practica es vendida, su informacion sera propiedad de el nuevo dueno. Excepto como descrito mas arriba, esta practica no va a usar o revelar su informacion de salud, sin tener una autorizacion de ud. por escrito. Ud. puede pedir por escrito que no usemos o revelemos su informacion de salud como descrito. Le dejaremos saber si podemos cumplir con lo que nos pide. Ud. tiene derecho de saber de cualquier tipo de usos o revelaciones que hagamos de su informacion de salud fuera de los usos normales mencionados mas arriba.

Como necesitamos contactarlo periodicamente, usaremos cualquier direccion y telefono que ud. prefiera. Ud. tiene el derecho para transferir copias de su informacion de salud a otra practica. Nosotros enviaremos su expediente para usted. Ud. tiene derecho a ver y recibir una copia de su informacion de salud, con pocas excepciones. Denos un pedido por escrito respecto la informacion que ud. quiere ver. Si tambien quiere una copia de su historial medico, puede que le cobremos honorarios razonables por las copias.

Ud. tiene derecho a pedir una correccion o cambio a su informacion de salud. Denos su pedido para hacer cambios por escrito. Si desea hacer una declaracion para mantener en su expediente, favor de pedirlo por escrito. Podremos hacer o no los cambios que pide, pero con gusto mantendremos su declaracion en su expediente. Si estamos de acuerdo con una correccion o cambio, no removeremos ni cambiaremos documentos previos, pero agregaremos nueva informacion.

Ud. tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos cualquier detalle de este aviso, le notificaremos de los cambios por escrito. Puede presentar una queja al Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Washington, DC. 20201. No se va a tomar represalias contra ud. por presentar una queja. De cualquier modo, antes de presentar una queja, o para mas informacion o asistencia respecto su privacidad de la informacion de su salud, por favor de contactar a nuestro director de privacidad, Karla Rizo, al 818-891-6711. Este aviso dara en efecto desde Abril 14, 2003.

---

#### RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Yo reconozco que e recibido una copia del "Aviso de Privacidad" de Dr. Barry Leonard and Associates.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_