



## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES / AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

This letter serves as a brief summary of the attached Notice of Privacy Practices. The Notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.

**Esta carta provee un breve resumen del aviso adjunto sobre la practica de privacidad. El aviso describe cómo información médica sobre usted puede ser utilizada y ser divulgada y cómo usted puede conseguir acceso a esta información.**

### **I. Who We Are and Who This Notice Applies To / ¿ Quiénes somos y a quién este aviso se aplica?**

The Doctor Is In ("the Practice") is a medical practice which consists of all employed doctors, nurses, employees and other healthcare professionals. This Notice applies to these individuals as well as all services that are provided to you at our facility.

**The Doctor Is In (“la práctica”) es una práctica médica que consiste en todos los doctores empleados, enfermeras, empleados y otros profesionales d cuidado de la Salud. Este aviso se aplica a estos individuos así como todos los servicios que se proporcionen a usted en nuestra facilidad.**

### **II. Our Privacy Obligations / Nuestras Obligaciones sobre la Privacidad**

We are required by law to maintain the privacy of your health information ("Protected Health Information" or "PHI") and to provide you with this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to your PHI. When we use or disclose your PHI, we are required to abide by the terms of this Notice (or other notice in effect at the time of the use or disclosure).

**La ley nos requiere mantener la Privacidad de su información de salud (“Protected Health Information” o “PHI”) y proveer a usted este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Cuando utilizamos o divulgamos su PHI, los términos del este aviso (o cualquier otro aviso en efecto al momento de usar o de divulgar su información).**

### **III. How We May Use Your PHI Without Your Written Authorization / ¿ Cómo podemos utilizar su PHI sin su autorización escrita?**

The Practice may use and disclose your PHI for permitted purposes as described in the posted Notice. These include uses and disclosures for/to: Treatment, Payment and Health Care Operations; a Directory of Individuals in The Doctor Is In; Relatives, Close Friends and Other Caregivers involved in your care; Public Health Activities; Victims of Abuse or Neglect Reporting; Health Oversight Activities; Judicial and Administrative Proceedings; Law Enforcement Purposes; Funeral Directors or Medical Examiners; Organ and Tissue Procurement; Research; Emergencies; Specialized Government Functions; Compliance with Workers' Compensation Programs; and as Required by Law.

**La práctica puede utilizar y divulgar su PHI para los propósitos permitidos según lo descrito en el aviso adjunto. Éstos incluyen los usos y las divulgaciones por/para: Tratamiento, Pago y Operaciones del cuidado médico; un directorio de individuos en The Doctor Is In; Parientes, amigos cercanos u otra persona ("Caregivers") implicados en su cuidado; Actividades de la salud pública; Víctimas de abuso o de negligencia reportadas; Actividades de descuido de la salud; Procedimientos judiciales y administrativos; Propósitos de aplicación de ley; Directores fúnebres o examinadores médicos; Obtención de órgano y tejido ; Investigación; Emergencias; Funciones especializadas del gobierno; Cumplimiento con los programas de compensación de los trabajadores; y según sea requerido por ley.**

### **IV. When Your Written Authorization Is Required / ¿ Cuándo se requiere su autorización escrita?**

The Notice describes when we must obtain your written authorization to disclose your PHI.

**El aviso describe cuando debemos obtener su autorización escrita para divulgar su PHI.**

### **V. Your Rights / Sus Derechos**

Your rights with regard to your PHI include: Right to Request Restrictions on how your PHI is used/disclosed; Right to prevent information about your visit from being sent to your Insurance Company; Request Confidential Communications; Revoke Your Authorization; Request access to and/or a copy of your PHI; Request an Amendment to your PHI; Request an Accounting Of Disclosures; Be Notified Following a Breach of your Unsecured PHI; Receive a Paper Copy of this Notice; and to file a privacy complaint.

**Sus derechos con respecto a su PHI incluyen: Derecho solicitar restricciones en cómo se utiliza/se divulga su PHI; Derecho evitar que la información sobre su visita sea enviada a su compañía de seguros; Pedir confidencialidad en Comunicaciones; Revocar su autorización; Solicite el acceso a y/o una copia de su PHI; Solicitar una corrección a su PHI; Solicitar una contabilidad de divulgaciones; Notificación después de ocurrir una divulgación o abertura de su PHI sin seguridad; Recibir una copia en papel de este aviso; y poner una queja Si usted cree que existe una violación de los derechos de privacidad.**

**VI. Effective Date / Fecha de Efectividad**

Effective date of this Notice is September 23, 2013. Last updated September 23, 2013.

**La fecha de efectividad de este aviso es el 23 de septiembre de 2013. Ultima actualización: 23 de septiembre de 2013.**

**VII. Contact Information / Información de Contacto:**

**Randy S. Klein, MD**  
Privacy Officer  
The Doctor Is In, PA  
149M Highway 31  
Flemington, NJ 08822  
(908) 782-7700  
PrivacyOfficer@thedoctorisin.net

For copies of Medical Record, telephone / **Para copias de expediente médico, teléfono** : 908-782-7700.

<hr/> Name of Patient (Please Print) <b>Nombre Impreso del Paciente</b>	<hr/> Patient or Responsible Party Signature <b>Paciente o Persona Responsable</b>	<hr/> Date <b>Fecha</b>
--	---	----------------------------