

**Confidentiality of Your Health Care Information**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED, AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY.**

*We are required by law to provide you with this notice of our legal duties and privacy practices concerning your private health information.* By law we must follow the terms of the Notice of Privacy Practices that we have in effect.

If you have questions about this notice, please contact the Privacy Officer at (817) 277-3469. This notice describes Physician's Weight Control and Wellness privacy practices and that of:

- All employees.
- Any intern, volunteer or IT personnel that we allow to input or maintain patient data files.
- All internal departments of Physician's Weight Control and Wellness Center
- All locations owned by Physician's Weight Control and Wellness.

**Our Commitment to Your Privacy**

We have always had stringent safeguards to protect private health information (PHI), however, because of a new law some changes are necessary to assure you we are dedicated to maintaining the privacy of your health information. In conducting our business, we may receive, create, use, or disclose protected health information regarding you and the treatments and services we provide you. *None of your protected health information will leave our office without your written consent.*

**Health Information Security -**

Physician's Weight Control and Wellness requires all employees to follow security policies and procedures to safeguard your PHI.

**Understanding your Medical Record**

**Information** - The information we have on you is called your private health information (PHI). We create a record of the care and services you receive in our office. This record will contain your prescription information, doctor's progress notes, medical history or other documentation the doctor chooses to include in your medical record.

**To summarize, this notice provides you with the following important information:**

- How we use and disclose your PHI.
- Your privacy rights of your PHI.
- Our obligations concerning the use and disclosure of your PHI.

**How We May Use and Disclose Medical Information About You**

**For Treatment** - We will use health information about you to provide medical treatment or services. Our doctors, medical assistants and office personnel will all have access to your health information.

**For Health Care Operations** - We may use your protected health information in order to perform our daily business activities, which may include data management, customer service, complying with laws and quality. Your health information may be used to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also use health information about all or many of our patients to help us decide what additional services we should offer or how we can become more efficient. **To Avert a Serious Threat to Health or Safety** - We may use and disclose health information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure would be to someone able to help stop or reduce the threat.

**Research** - We may use and disclose health information about you for research projects that are subject to a special approval process. We will ask you for your permission if the researcher will have access to your name, address or other information that reveals who you are, or will be involved in your care at the office. **Military** - If you are, or were, a member of the armed forces, we may release medical information about you as required by military command authorities. We may also release

information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority. **Public Health Risks** - We may disclose health information about you for public health activities. These activities generally include, but are not limited to the following:

- To prevent or control disease, injury or disability.
- To regulate products subject to FDA regulations.
- To notify the appropriate government agency if we think a patient has been the victim of abuse, neglect, or domestic violence **Health Oversight Activities** - We may disclose health information to a health oversight agency for audits, investigations, inspections, accrediting or licensing purposes. These disclosures may be necessary for certain state and federal agencies to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws. Generally, these audits are done in our office and will not require a signed consent from you.

**As Required by Law** - We will disclose health information about you when required to do so by federal, state, or local law enforcement.

**Judicial Proceedings** - If you are involved in a lawsuit or a dispute and we are asked to disclose health information about you in response to a court order or subpoena we will legally have to comply to those orders.

**Law Enforcement** - We may release health information if asked to do so by a law enforcement official in response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process, subject to all applicable legal requirements.

**Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors** - We may release health information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death or as necessary to carry out

their duties. If you have listed someone you do not want your records revealed to, that person would not be allowed to get a copy of your PHI even in the event of your death.

#### **Information Not Personally**

**Identifiable** - We may use or disclose health information about you in a way that does not personally identify you or reveal who you are. This is usually generic information to help improve or create new medications.

#### **Individuals Involved in the Treatment or Payment of Your Care**

- We may disclose health information about you to your family members or friends if we obtain written consent by you to do so.

**Business Associates** – There are some services that we provide through contracts with third party business associates. Examples include external laboratories and information technology associates. To protect your health information, PWCWC requires business associates to sign a disclosure agreement before they can have access to any information pertaining to the company or patients.

**Consent Forms** You may revoke any consent form at any time by giving us written notice. Your revocation will be effective when we receive your written notice. Any disclosures prior to receiving your written revocation of that particular consent form will not be subject to your revocation.

#### **Your Rights Regarding Health**

**Information About You** - You have the following rights regarding health information we maintain about you.

**Right to Inspect and Copy** - You have the right to inspect and request a copy of certain health information we have on file. Usually, this includes medical and billing records. To inspect and request a copy of health information on file about you, you must submit a written request. If you request a copy of your health information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing, or other associated supplies. We may deny your request to inspect or receive a copy in certain limited cases. If we deny your request, you may ask for a review of the denial. The person who conducts the review will not be the person who denied the request. We will comply with the outcome of the review. **Right to**

**Request an Amendment** - If you believe the medical information, we have about you is incorrect or incomplete; you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment as long as the information originated at PWCWC. You must request an amendment in writing and submit it to the Privacy Officer. You must also tell us the reason for your request. The request to amend your record may be denied, in which case you have the right to enter a statement into your record saying that you disagree with the decision.

#### **Right to an Accounting of Disclosures**

You have the right to request an “accounting of disclosures.” This is a list of the disclosures we made of medical information about you for purposes other than treatment, payment and health care operations. To obtain this list, you must submit your request in writing to the Privacy Officer. It must state a time period, which may not be longer than six years. We may charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

**Right to Request Restrictions** - You have the right to request a restriction or limitation on the health information we disclose about you for treatment, payment or health care. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for it, like a family member or friend. We are not required to agree to your request, but, if we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide emergency treatment for you. You must submit your request for restrictions in writing to the Privacy Officer. In your request, you must tell us: - The information you want restricted. - To whom you want the restrictions to apply, such as your spouse or another relative. The Privacy Officer will inform you if disclosure is made to someone on your restricted list; this disclosure will only be made in case of a health emergency.

#### **Right to Request Confidential**

**Communications** - You have the right to request that we communicate with you about health matters in a certain way or at a certain location. For

example, you can ask that we only contact you at work or by mail. You must submit your request for confidential communication in writing. Your request must specify how or where we should contact you. We will try to accommodate all reasonable requests.

#### **Other Uses of Medical Information**

- Other uses and disclosures of medical information not covered by this notice or the laws that apply to us will only be made with your written permission. If you provide us with permission to use or share your medical information, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or share your health information for the reasons in your written revocation. Any information disclosed before your written revocation will not be subject to this revocation.

#### **Changes to this Notice**

We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for medical information we already have, as well as information we receive in the future. We will post copies of the current notice on our website, [www.drweightcontrol.com](http://www.drweightcontrol.com). The notice will contain the effective date of the notice in the top right-hand corner of the first page.

#### **Right to a Paper Copy of This Notice**

You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. This notice is also available on our website, [www.drweightcontrol.com](http://www.drweightcontrol.com).

#### **For More Information or to Report a Problem**

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with our office or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. All complaints must be in writing. There will be no retaliation for filing a complaint.

#### **To file a complaint with our office you may contact our privacy officer:**

Privacy Officer Physician's Weight Control and Wellness  
716 Lincoln Square  
Arlington, TX 76011

*If there is ever a breach of your personal health information by our office you will be notified immediately.*

I understand that as part of my health care, **Physician's Weight Control and Wellness** originates and maintains records describing my health history, symptoms, examinations, test results, diagnoses, treatment and any plans for future care or treatment. I understand that this information serves as:

- a basis for planning my care and treatment,
- a means of communication among other health professionals who contribute to my care,
- a tool for routine health care operations such as assessing quality and reviewing the competence of health care professionals.

After reviewing the **HIPPA Notice of Privacy Practices** I understand that as part of this organization's treatment, payment, or health care operations, it may become necessary to disclose my protected health information to another entity. I consent to such disclosure for these permitted uses, including disclosures via fax. Any disclosures would be on an emergency or court ordered basis. Any other disclosures will require written consent from you.

---

I further understand that the **Physician's Weight Control and Wellness** has the right to change their **Notice of Privacy Practices** notice in accordance with the Code of Federal Regulations. Should the **Physician's Weight Control and Wellness** change the notice it will be posted on the website [www.DrWeightControl.com](http://www.DrWeightControl.com).

I have been provided and have the right to review the **Notice of Privacy Practices** that provides a complete description of how my personal information could be used or disclosed before signing this consent

---



## Aviso de prácticas de privacidad *Confidencialidad de su información médica*

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO DETENIDAMENTE.**

***La ley nos exige que le proporcionamos este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica privada.*** Por ley, debemos seguir los términos del Aviso de prácticas de privacidad que tenemos en vigor.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad al (817)-277-3469. Este aviso describe los Prácticas de privacidad de Physician's Weight Control and Wellness Center bienestar y la de

- Todos los empleados
- Cualquier pasante, voluntario o personal de TI al que permitan ingresar o mantener archivos de datos de pacientes.
- Todos los departamentos internos del Physician's Weight Control and Wellness
- Todas las ubicaciones propiedad de los Physician's Weight Control and Wellness.

### **Nuestro compromiso con su privacidad**

Siempre hemos tenido medidas de seguridad estrictas para proteger la información médica privada (PHI); sin embargo, debido a una nueva ley, son necesarios algunos cambios para asegurarle que estamos dedicados a mantener la privacidad de su información médica. Al llevar a cabo nuestro negocio, podemos recibir, crear, usar o divulgar información médica protegida sobre usted y los tratamientos y servicios que le brindamos. *Ninguna parte de su información médica protegida saldrá de nuestra oficina sin su consentimiento por escrito.*

### **Seguridad de la información sanitaria-**

Physician's Weight Control and Wellness requiere que todos los empleados sigan las políticas y procedimientos de seguridad para salvaguardar su PHI.

### **Comprender la información de su expediente médico –**

La información que tenemos sobre usted se llama su información médica privada (PHI). Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en nuestra oficina. Este registro contendrá la información de su receta, las notas de progreso del médico, el historial médico u otra documentación que el médico decida incluir en su registro médico.

### **Para resumir, este aviso le proporciona la siguiente información importante:**

- Cómo usamos y divulgamos su PHI.
- Sus derechos de privacidad de su PHI.
- Nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su PHI.

### **Cómo podemos usar y divulgar Información médica sobre usted**

***Para tratamiento*** - Usaremos su información médica para brindar tratamiento o servicios médicos. Nuestros médicos, asistentes médicos y personal del consultorio tendrán acceso a su información médica.

***Para operaciones de atención médica*** - Podemos utilizar su información médica protegida para realizar nuestras actividades comerciales diarias, que pueden incluir la gestión de datos, el servicio al cliente, el cumplimiento de las leyes y la calidad. Su información médica puede usarse para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos utilizar información médica sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer o cómo podemos ser más eficientes.

***Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad*** - Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y

seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación se haría a alguien capaz de ayudar a detener o reducir la amenaza.

***Investigación*** - Podemos usar y divulgar su información médica para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o si participará en su atención en el consultorio.

***Militar*** - Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

***Riesgos para la salud pública*** - Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen, pero no se limitan a las siguientes:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para regular productos sujetos a regulaciones de la FDA.
- Para notificar a la agencia gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

***Actividades de supervisión de la salud*** - Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para auditorías, investigaciones, inspecciones, acreditación o con fines de concesión de licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales monitoreen el sistema de

atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. Por lo general, estas auditorías se realizan en nuestra oficina y no requieren su consentimiento firmado.

**Según lo requiera la ley** - Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requiera la policía federal, estatal o local.

**Procedimientos judiciales** - Si está involucrado en una demanda o una disputa y se nos solicita que divulguemos información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o citación, tendremos que cumplir legalmente con esas órdenes.

**Cumplimiento de la ley** - Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario policial en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias** - Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar un persona fallecida o determinar la causa de la muerte o según sea necesario para el desempeño de sus funciones. Si ha incluido a alguien a quien no desea que se revelen sus registros, a esa persona no se le permitirá obtener una copia de su PHI incluso en el caso de su muerte.

**Información no identificable personalmente** - Podemos usar o divulgar información médica sobre usted de una manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es usted. Esta suele ser información genérica para ayudar a mejorar o crear nuevos medicamentos.

**Personas involucradas en el tratamiento o pago de su atención** - Podemos divulgar su información médica a miembros de su familia o amigos si obtenemos su consentimiento por escrito para hacerlo.

**Asociados de negocios** - Hay algunos servicios que proporcionamos a través de contratos con socios comerciales externos. Los ejemplos incluyen laboratorios externos y asociados de tecnología de la información. Para proteger su información médica, PWCWC requiere que los socios

comerciales firmen un acuerdo de divulgación antes de que puedan tener acceso a cualquier información relacionada con la empresa o los pacientes.

**Formularios de consentimiento** - Puede revocar cualquier formulario de consentimiento en cualquier momento notificándonos por escrito. Su revocación entrará en vigencia cuando recibamos su notificación por escrito. Cualquier divulgación antes de recibir su revocación por escrito de ese formulario de consentimiento en particular no estará sujeta a su revocación.

#### **Sus derechos con respecto a la información médica sobre usted**

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted.

#### **Derecho a inspeccionar y copiar**

Tiene derecho a inspeccionar y solicitar una copia de cierta información médica que tenemos archivada. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación. Para inspeccionar y solicitar una copia de la información médica que se tenga sobre usted, debe enviar una solicitud por escrito. Si solicita una copia de su información médica, es posible que le cobremos una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar o recibir una copia en ciertos casos limitados. Si denegamos su solicitud, puede solicitar una revisión de la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que denegó la solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a solicitar una enmienda** - Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta; puede pedirnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que la información se haya originado en PWCWC. Debe solicitar una enmienda por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad. También debe informarnos el motivo de su solicitud. La solicitud para enmendar su registro puede ser denegada, en cuyo caso usted tiene derecho a ingresar una declaración en su registro que indique que no está de acuerdo con la decisión.

**Derecho a un informe de divulgaciones** - Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para obtener esta lista, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Debe indicar un período de tiempo, que no puede ser superior a seis años. Podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

#### **Derecho a solicitar restricciones**

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Debe enviar su solicitud de restricciones por escrito al Oficial de Privacidad. En su solicitud, debe informarnos: - La información que desea restringir. - A quién desea que se apliquen las restricciones, como su cónyuge u otro familiar. El Oficial de Privacidad le informará si se hace una divulgación a alguien en su lista restringida; este divulgador solo se hará en caso de una emergencia de salud.

#### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Debe enviar su solicitud de comunicación confidencial por escrito. Su solicitud debe especificar cómo o dónde debemos comunicarnos con usted. Intentaremos satisfacer todas las solicitudes razonables. **Otros usos de la información médica** - Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes

que se aplican a nosotros solo se harán con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o compartir su información médica, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni compartiremos su información médica por los motivos de su revocación por escrito. Cualquier información divulgada antes de su revocación por escrito no estará sujeta a esta revocación.

**Cambios a este aviso** - Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica que ya tenemos, así como para la información que recibamos en el futuro.

Publicaremos copias del aviso actual en nuestro sitio web, [www.drweightcontrol.com](http://www.drweightcontrol.com). El aviso contendrá la fecha de vigencia del aviso en la esquina superior derecha de la primera página.

**Derecho a una copia impresa de este aviso**- Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Este aviso también está disponible en nuestro sitio web, [www.drweightcontrol.com](http://www.drweightcontrol.com).

**Para obtener más información o informar un problema** – Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario del

Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben hacerse por escrito. No habrá represalias por presentar una queja.

**Para presentar una queja en nuestra oficina, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad:**

Oficial de privacidad Physician's Weight Control and Wellness  
716 Lincoln Square  
Arlington, TX 76011

*Si alguna vez hay una violación de su información de salud personal por nuestra oficina, se le notificará de inmediato.*

Entiendo que, como parte de mi atención médica, Physician's Weight Control and Wellness origina y mantiene registros que describen mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para la atención o el tratamiento futuros. Entiendo que esta información sirve como:

- una base para planificar mi atención y tratamiento,
- un medio de comunicación entre otros profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado,
- una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Después de revisar el Aviso de **prácticas de privacidad de HIPPA**, entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra entidad. Doy mi consentimiento para dicha divulgación para estos usos permitidos, incluidas las divulgaciones por fax. Cualquier divulgación sería de emergencia o por orden judicial. Cualquier otra divulgación requerirá su consentimiento por escrito.

---

Además, entiendo que Physician Wellness and Weight Management tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de acuerdo con el Código de Regulaciones Federales. Si el Physician Weight & Wellness Management cambia el aviso, se publicará en el sitio web [www.DrWeightControl.com](http://www.DrWeightControl.com).

Se me ha proporcionado y tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción completa de cómo podría usarse o divulgarse mi información personal antes de firmar este consentimiento.

---