

## Notificación de Prácticas de Privacidad

### **Su información. Sus Derechos. Nuestras responsabilidades.**

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

Esta Notificación no aplica a la información de donación de sangre ni a otro tipo de información de identificación personal (PII) que no está sujeta a la HIPAA, pero está protegida por otras leyes.

### **Sus Derechos**

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### **Obtenga una copia electrónica o impresa de su expediente médico.**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos como hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su expediente médico, usualmente dentro de 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.

#### **Pídanos que corriamos su expediente médico.**

- Puede solicitarnos que corriamos información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos como hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por que, por escrito, dentro de los 60 días.

#### **Solicite comunicaciones confidenciales.**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

#### **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos.**

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos requeridos a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si esto afectaría su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o artículo de salud de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con propósito de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos “sí” al menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

#### **Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de la solicitud, con quien la hemos compartido, y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago, operaciones de cuidados médicos y ciertas otras divulgaciones (como cualquier otra que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable, basada en el costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

#### **Obtenga una copia de esta notificación de privacidad.**

Puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, incluso si ha aceptado la notificación electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

#### **Elige a alguien que actúe en tu nombre**

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
  - Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autorización y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presente una queja si considera que se han violado sus derechos**

- Puede presentar una queja ante la U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
- Si tiene preguntas y desea información adicional, también puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad al 480-675-5504.

### **Sus Elecciones**

**Para cierta información de salud, puede indicarnos sus elecciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia definida sobre como compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, háganoslo saber por favor. En estos casos, usted tiene el derecho, y la opción de solicitarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado o pago de sus cuidados
- Compartamos información en una situación de ayuda antes de desastres

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si esta inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que sea en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

En el caso de la recaudación de fondos:

- Nos podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero puede indicarnos que no lo contactemos nuevamente
- Asimismo de los esfuerzos de recaudación de fondos generales, si tenemos la intención de utilizar o divulgar registros sujetos a la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.) para la recaudación de fondos para nuestro beneficio, primero debemos proporcionar una oportunidad clara y visible para elegir no recibir ninguna comunicación de recaudación de fondos

### **Nuestros Usos y Divulgaciones**

#### **¿Como normalmente utilizamos o compartimos su información de salud?**

De acuerdo con los requisitos de la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.), normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

#### **Tratamiento**

*Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo tratando.*

*Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión, pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.*

#### **Dirigir nuestra organización**

Podemos utilizar y compartir su información de salud para dirigir nuestra práctica, mejorar su cuidado y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos su información de salud para dirigir su tratamiento y servicios. Las actividades de ejemplo incluyen capacitación y educación; actividades de evaluación calidad/actividades de mejora; gestión de riesgos; manejos de reclamaciones; asesoramiento jurídico; licencias; y otras actividades de planificación empresarial.*

#### **Facturar por sus servicios**

*Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de los planes de salud u otras entidades.*

*Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que este pague sus servicios.*

#### **Intercambios de Información de Salud.**

Podemos compartir su información de salud mediante varios Intercambios de Información de Salud en los que HCWP participa tanto a nivel regional como nacional. Puede solicitar que no compartamos ninguna de su información de salud a través de estos Intercambios completando y enviándonos un Formulario de Solicitud de Exclusión. Si usted decide no participar en estos intercambios, su información de salud ya no será proporcionada a través del intercambio. Sin embargo, su decisión no afecta la información que se intercambió antes del momento en que decidió no participar. Puede obtener más información sobre los intercambios de información de salud en los que participa HCWP y obtener un Formulario de Solicitud de Exclusión en [www.hcwp.vitalant.org](http://www.hcwp.vitalant.org).

### **Recordatorios de Citas.**

Podemos usar y compartir su información de salud para recordarle de su cita de tratamiento o cuidados médicos. Por ejemplo, podemos llamarle, enviarle un mensaje de texto o correo electrónico para recordarle una cita programada. También podemos usar y compartir su información de salud para confirmar la hora, lugar y asistencia de su cita para el tratamiento con servicios de transporte a terceros y otros servicios relacionados (incluyendo pero no limitado a terceros involucrados en su tratamiento).

### ***¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?***

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente para contribuir al bien público, como la salud pública e investigación. Debemos cumplir con numerosas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

Para más información ver: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Ayudar con cuestiones de salud y seguridad**

Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Notificando a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición
- Ayudar a retirar algún producto del mercado
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

### **Investigar**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud en circunstancias limitadas.

### **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren corroborar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir su información de salud con las organizaciones de obtención de órganos.

### **Trabajar con un médico forense o un director de funeraria**

Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando un individuo fallece.

### **Atender solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.**

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de reforzar la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y protección presidencial

### **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Por Autorización, Consentimiento, o Atestación**

Si deseamos usar o divulgar su información de salud para un fin no establecido en esta Notificación, solicitaremos su autorización. Ejemplos específicos de usos y divulgaciones de información de salud que requieren su autorización incluyen: (i) la mayoría de los usos y divulgaciones de su información de salud para fines de mercadotecnia; (ii) divulgaciones de su información de salud que constituyen la venta de su información; y (iii) la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (notas privadas de un profesional de salud mental que se mantienen separadas del expediente médico). Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento, excepto en medida en que ya hayamos tomado medidas basándonos en su autorización.

No podremos usar ni divulgar su información medica en respuesta a una solicitud relacionada con un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo relacionado con los expedientes de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias recibidos de programas sujetos al Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2, ni testimonios que releven el contenido de dichos registros, a menos que tengamos consentimiento por escrito o una previa orden judicial y se le brinde a usted o el titular del registro, la oportunidad de ser escuchados, según lo dispuesto en el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2. Para los fines de la información de salud protegida por el Título 45 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2, si obtenemos una orden judicial autorizando el uso o la divulgación de dichos registros o testimonios, también debemos obtener una citación u otro requisito legal que obligue la divulgación antes de que la solicitud se ha completado.

No podemos usar ni divulgar su información de salud en respuesta a una solicitud asociada con una investigación penal, civil o administrativa relacionada con, o imponer responsabilidad por buscar, obtener, proporcionar o facilitar, la atención ilícita de la Salud Reproductiva. Si recibimos una solicitud de información sobre su salud y la solicitud incluye información de salud potencialmente relacionada con la atención de la salud reproductiva, requeriremos que el solicitante firme una declaración que indique que la información de salud solicitada no se utilizara para dicho propósito prohibido.

### Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Sin embargo, no podemos evitar que los destinatarios divulguen su información de salud.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Puede cambiar de parecer en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de parecer.

Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Los servicios de interpretación y traducción son gratuitos. Por favor si tiene alguna pregunta o desea recibir dichos servicios, hable con su medico o con un miembro del personal.**

### Cambios a los Términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**Fecha de Vigencia:** \_\_\_\_\_

**Reconocimiento:** He recibido una copia de este Aviso.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente Impreso

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Tutor Impreso (si aplica)