Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

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 ayudarle.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Solicitarnos que corrijamos su expediente médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que no podamos aprobar su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
- Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

• Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicita, con quién la compartimos y por qué.

• Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

• Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente.

Elegir a alguien para que actúe por usted

• 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 autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si siente que se violan sus derechos

• Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos contactándonos usando la información en la parte superior de la página

• Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 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/.

• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus Opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre
- Incluyamos su información en un directorio del hospital

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información
- La mayoría del intercambio de notas de psicoterapia

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos típicamente su información de salud? Típicamente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Tratarlo

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de los planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o requiere compartir su información de otras maneras, generalmente en formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos propósitos.

Para más información vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director funerario cuando una persona muere.

Abordar compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

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

Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias (SUD)

- Si recibimos o mantenemos información sobre usted de un programa de tratamiento de trastornos por uso de sustancias que está cubierto por 42 CFR Parte 2 (un "Programa de la Parte

2") a través de un consentimiento general que usted proporciona al Programa de la Parte 2 para usar y divulgar el registro del Programa de la Parte 2 con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podemos usar y divulgar su registro del Programa de la Parte 2 para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en este aviso. Si recibimos o mantenemos su registro del Programa de la Parte 2 a través de un consentimiento específico que nos proporciona a nosotros o a un tercero, usaremos y divulgaremos su registro del Programa de la Parte 2 solo según lo expresamente permitido por usted en su consentimiento según lo proporcionado a nosotros.

• En ningún caso usaremos o divulgaremos su registro del Programa de la Parte 2, o testimonio que describa la información contenida en su registro del Programa de la Parte 2, en cualquier procedimiento civil, criminal, administrativo o legislativo por cualquier autoridad federal, estatal o local, en su contra, a menos que esté autorizado por su consentimiento o la orden de un tribunal después de que le proporcione notificación de la orden judicial.

Nuestras Responsabilidades

• Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.

• Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

• Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.

• No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de Este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina. Puedo negarme a firmar este reconocimiento. Para obtener una copia en papel puedo solicitarla en la oficina o en el sitio web.