

10 de Junio de 2013

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Bear Lake Community Health Centers

### FECHA EFFECTIVO *10 de Junio de 2013*

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta acerca de la información de este Aviso, por favor contacte nuestro Oficial de Privacidad al llamar (435) 755-6061.

#### **NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Entendemos que la información médica es personal y sensible, y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe de nosotros para brindarle atención médica de calidad y para cumplir con todos los requisitos legales o reglamentarios. Este aviso se aplica a todos los registros generados por esta práctica, ya sea por su médico personal o de otras personas que trabajan en esta oficina. Este aviso le dirá las maneras en que podemos usar o divulgar su información médica. Este aviso también describe sus derechos para acceder a su información médica, y describe ciertas obligaciones que tenemos al respecto del uso y divulgación de su información médica.

Estamos obligados por ley a:

- Asegurar que su información médica se mantiene como privado;
- Notificarle en caso de que nosotros (o un Asociado de Negocios) descubrimos que ha habido una violación de su información médica sin garantía;
- Poner a disposición de este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica, y
- Cumplir con los Términos del Aviso que están actualmente vigente.

#### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información médica. Para cada categoría, explicaremos lo que queremos decir y daremos algunos ejemplos, sin embargo, no podemos anotar cada uso o divulgación posible. Si tiene preguntas acerca de las categorías o ejemplos, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al (435) 755-6061.

**Para Tratamiento:** Utilizamos su información médica para entender su estado de salud y para su tratamiento cuando esté enfermo. Compartimos su información médica con los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y los demás personal que participan en su cuidado. Ellos pueden trabajar en nuestras oficinas, en un hospital o en el consultorio de otro médico, laboratorio, farmacia, u otro profesional de la salud a los que es posible referirse a las pruebas o tratamientos. Por ejemplo, un médico afuera de nuestra clínica que le está tratando una pierna fracturada necesitará saber si usted tiene otros problemas médicos debido a que estos podrían afectar la capacidad de su cuerpo para sanar su pierna fracturada. Por ejemplo, la diabetes puede retardar el proceso de curación de una fractura en la pierna por lo que el otro doctor podría necesitar saber si usted tiene diabetes. También podemos divulgar su información médica a una entidad asistiendo en un esfuerzo de alivio de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

**Para Pago:** Podemos usar su información médica del tratamiento y los servicios que recibe de nosotros puedan ser facturados y los pagos cobrados a usted, una compañía de seguros, una agencia estatal de Medicaid o de una tercera persona. Por ejemplo, es posible que necesitemos informar a su aseguradora de salud acerca de su visita, para que su plan de aseguradora nos pague o le reembolse a usted por la visita. También podemos informar a su aseguradora acerca de un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. **Podemos enviar (o que ya han presentado en una visita anterior) la información de su identificación personal para la base de datos de elegibilidad de Medicaid de Utah y la base de datos de la elegibilidad del Programa Infantil de Seguro Médico (CHIP) para determinar si está inscrito en o elegible para cualquiera de los programas.**

**Para Operaciones de Atención Médica:** Utilizamos su información médica para mejorar la calidad de las operaciones en nuestra práctica médica. Por ejemplo, podemos usar su historia médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar partes de sus registros médicos que no identifican personalmente con información similar de otros pacientes para decidir qué servicios adicionales

# PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPPA

10 de Junio de 2013

debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios, si ciertos tratamientos nuevos son efectivos, y para comparar nuestro desempeño con otras prácticas de salud.

**Recordatorios de Citas:** Podemos utilizar y divulgar su información médica para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita. Por favor, háganos saber si usted no desea que nos comuniquemos con usted al respecto de su nombramiento, o si desea que usemos otro número de teléfono o dirección de contacto para este propósito. Por favor, háganos saber si usted no desea recibir llamadas de recordatorio, o si desea que usemos un número de teléfono o dirección diferente ya sea cuando se registra o en la salida con el personal de recepción.

**Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información médica para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede comparar la salud de los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un estricto proceso de aprobación. Antes de usar o divulgar información médica para investigación, el proyecto tiene que haber sido aprobado. Casi siempre le pediremos su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es, o si participará en su atención.

**Como lo Requiere la Ley:** Divulgaremos su información médica cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

**Para Evitar una Amenaza Seria a la Salud o la Seguridad:** Podemos utilizar 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 u otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sólo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**Militares y Veteranos:** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o es veterano, podemos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de Veteranos, según como se aplica.

**Compensación a los Trabajadores:** Podemos revelar su información médica para compensación de trabajadores si usted se lesiona o se enferma en el trabajo y está reclamando beneficios bajo el Programa de Compensación de Trabajadores.

**Salud Pública:** Podemos revelar su información médica a las autoridades de salud pública para reportar enfermedades transmisibles, lesiones traumáticas o defectos de nacimiento, o para informar sobre estadísticas vitales, como el nacimiento de un bebé.

**Monitorización de Seguridad de la FDA:** Podemos revelar su información médica a un fabricante de dispositivos médicos, como es requerido por la FDA, para controlar la seguridad de un dispositivo médico.

**Las autoridades del Estado:** Podemos divulgar su información médica para notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica cuando sea requerido o autorizado por la ley.

**Actividades de Vigilancia de la Salud:** Podemos revelar su información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

**Demandas y Disputas:** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o citación válida.

**Autoridades de la Ley:** Podemos revelar su información médica a un oficial de la ley:

- para informar ciertas lesiones como exige la ley, es decir, heridas de bala, quemaduras, lesiones de los autores de delitos;
- en respuesta a una orden judicial, citación, orden, citación o proceso legal similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, en estas circunstancias, la información dada a conocer sólo incluirá su nombre y dirección, fecha y lugar de nacimiento, número de Seguro Social, el grupo sanguíneo ABO y el factor Rh, el tipo de lesiones (si es así), fecha y hora del tratamiento (si procede), fecha y hora de la muerte (si sucede así), así como una descripción de sus características físicas distintivas;
- para responder a una solicitud de información médica acerca de usted como la víctima de un crimen, si está de acuerdo con la divulgación o bajo ciertas circunstancias limitadas en las que no podemos obtener el acuerdo suyo;
- alertar a la policía sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- para reportar un caso de conducta criminal en nuestras instalaciones, y
- para reportar un crimen durante una emergencia médica, la ubicación del crimen o víctimas, la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Estas versiones de la información se hará sólo después de haber verificado la identidad y la autoridad de las autoridades de la ley.

# PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPPA

10 de Junio de 2013

**Médicos Forenses, Examinadores de Salud y Directores de Funerarias:** Podemos revelar su información médica a un médico forense o examinador de la salud para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar su información médica a directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus funciones.

**Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia:** Podemos revelar su información médica a oficiales federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Servicios de Protección para el Presidente y Otros:** Podemos revelar su información médica a oficiales federales autorizados para que puedan proteger al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.

**Presos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al oficial de la ley si es necesario: (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos al respecto de su información médica:

**Derecho a Inspeccionar y Copiar:** Usted tiene ciertos derechos para inspeccionar y/u obtener una copia de su información médica. Por lo general, esto incluye los registros de facturación y de salud. Esto no incluye las notas de psicoterapia, información que recopilamos para su uso en o anticipación razonable de un procedimiento legal, y cierta información de los laboratorios.

Para inspeccionar y/u obtener una copia de su información médica, usted debe presentar su solicitud por escrito en un formulario que le proporcionaremos. Si usted solicita una copia de su información médica, le podemos cobrar una cuota basada en los costos de copiado, envío y otros servicios y suministros relacionados con su solicitud. Si su información médica se mantiene por nosotros en un registro médico electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica de su información médica.

Usted puede solicitar que una copia de su información médica sea enviada directamente a otra persona, siempre y cuando la solicitud se presenta por escrito, está firmado por usted, e identifica claramente a la persona designada y dónde se debe enviar la copia de su información médica.

Podemos negar su solicitud para inspeccionar y/u obtener una copia de parte o la totalidad de su información médica en circunstancias limitadas. Si rechazamos su solicitud de inspeccionar y/u obtener una copia de parte o la totalidad de su información médica, le dará la razón de la negación. A continuación, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud autorizado escogido por nuestra práctica revisará su solicitud y el motivo de la denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que negó su petición inicial. Nosotros le entregaremos una notificación por escrito de la revisión y cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a Modificar:** Si usted siente que su historia clínica es incorrecta o incompleta, puede pedir que corrijamos la información contenida en ellos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda durante el tiempo que mantengamos su información médica. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud escrito, en un formulario que le proporcionaremos, e incluir una razón de su solicitud.

Podemos negar su petición para una enmienda si no está escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negar su solicitud si nos pide que corrijamos la información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No es parte de la información médica mantenida por o para nuestra práctica;
- No es parte de la información médica que se le permitiría inspeccionar y/o copiar, o
- Es correcta y completa.

Si usted solicita una enmienda a su información médica, se lo notificaremos por escrito de nuestra decisión. Si rechazamos su solicitud, puede presentar una declaración de desacuerdo que se coloca en sus registros médicos. Cualquier modificación que hagamos a su información médica será compartida con aquellos con quienes divulgamos información especificada anteriormente en este aviso.

**Derecho a una Contabilidad de Revelaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de las divulgaciones de su información médica que hayamos hecho, excepto para su uso y divulgación para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, como se describe anteriormente, y para otros tipos limitados de la divulgación a la seguridad nacional, instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

Para solicitar una contabilidad de revelaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito en un formulario que le proporcionaremos. Su solicitud debe indicar un período que no podrá ser de más de seis años antes de la fecha de su solicitud. La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales dentro del mismo

# PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

10 de Junio de 2013

período de 12 meses, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos de los costos involucrados y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos. Le enviaremos por correo una lista de revelaciones en papel dentro de los 30 días de su solicitud, o que le notifique si no somos capaces de suministrar la lista dentro de ese período de tiempo y en qué fecha podemos suministrar la lista, pero esta fecha no debe exceder de un total de 60 días a partir de la fecha en que hizo la solicitud.

**Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que no revelemos información a su cónyuge acerca de una cirugía que tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción si creemos que tendrá un impacto negativo en la atención que le brindamos. Si está de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. En su petición, usted debe decirnos qué información desea limitar ya quién quiere que apliquen los límites, por ejemplo, usted no desea que divulguemos una cirugía específica para su cónyuge.

Estamos **obligados** a cumplir con su solicitud de restringir la divulgación de su información médica en la situación siguiente: 1. La revelación sería con el propósito de pago o de operaciones de atención médica (como se describió anteriormente en este aviso) y la revelación no es requerida por la ley, y 2. La información médica que usted nos pida que limitemos pertenece sólo a un tema de salud o servicio para el que usted, o una persona que actúa en su nombre, nos ha pagado **en su totalidad**. Su solicitud debe ser por escrito y debe indicar: 1. La información que usted quiere que sea restringida; 2. El tipo de restricción que se solicita (por ejemplo, el uso de la información, la divulgación de la información, o ambos), y 3. ¿A quién deben aplicar los límites.

**Derecho de Aprobar Ciertas Divulgaciones.** No vamos a utilizar o divulgar su información médica para estos propósitos a menos que les pedimos y que nos da su aprobación: 1. Sus notas de psicoterapia no serán divulgados sin su consentimiento, excepto para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atención médica; 2. Su información médica no será compartida con fines de marketing sin su consentimiento, a menos que la comercialización viene directamente de nosotros, 3. No venderemos su información médica sin su autorización, y 4. No vamos a utilizar o divulgar su información médica para cualquier otro fin que no se describe en este aviso sin su aprobación. Usted no está obligado para aprobar ninguna de estas revelaciones si no desea hacerlo, y la atención médica que recibe de nosotros no va a cambiar si son aprobadas o no.

**Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud en cierta forma o en ciertos lugares. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo de caja en la oficina postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

**Recaudación de Fondos:** Bear Lake Community Health Centers pueden comunicarse con usted o compartir información limitada acerca de usted con un socio de confianza para que el socio pueda contactar con usted e informarle sobre nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir este tipo de información, en cualquier momento que se comunica acerca de los esfuerzos de recaudación de fondos, también recibirá información sobre cómo hacemos saber que no desea recibir más información acerca de los esfuerzos de recaudación de fondos. La atención médica que reciba de nosotros no va a cambiar si usted elige recibir información sobre nuestros esfuerzos de recaudación de fondos.

**Derecho a una Copia en Papel de Este Aviso:** Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este aviso en cualquier momento.

## **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Reservamos el derecho de cambiar este aviso. Reservamos el derecho de hacer que el Aviso sea revisado o cambiado para información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual en nuestras instalaciones. El aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre para recibir tratamiento o servicios de atención médica, le ofreceremos una copia del aviso actual en vigencia.

## **QUEJAS**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros y/o con el Secretario del Departamento de Salud y los Servicios Humanos. Para presentar una queja con nosotros, contacte el Oficial de Privacidad al (435) 755-6061. Todas las quejas deben ser presentadas en forma escrita. Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos al visitar la página: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>. La atención médica que recibe de nosotros no va a cambiar de ninguna manera si usted presenta una queja.

## **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Otros usos y divulgaciones de su información médica no cubiertos por este aviso, o por las leyes que se aplican a nosotros, se harán sólo con su autorización en forma escrita. Si usted nos da el permiso para usar o divulgar su información médica para

## PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPPA

---

10 de Junio de 2013

tales fines, puede cancelar esa autorización, en forma escrita, en cualquier momento. Si usted cancela su autorización, ya no podremos usar o divulgar su información médica para este propósito. Usted entiende que no podemos retirar cualquier uso o divulgación que ya hayamos hecho cuando teníamos su permiso para hacerlo, y que todavía estaríamos obligados a conservar los registros de la atención médica que le hemos proporcionado.

### **RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO ESTE AVISO**

Vamos a pedir que firme un formulario o nota reconociendo que ha recibido una copia de este aviso. Si decide que no, o no puede firmar, un miembro de personal firmará su nombre e indicará la fecha en que recibió la copia de este aviso. Este reconocimiento se presentará ante sus registros.

\*\*\*\*\*