

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

“ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN DE USTED Y CÓMO PUEDE USTED MISMO TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CON CUIDADO.”

La ley exige que nuestra agencia mantenga la privacidad de la información protegida sobre la salud, y que le informemos a usted adecuadamente sobre sus derechos y obligaciones legales, y sobre las prácticas de privacidad respecto a la información protegida sobre la salud y que notifiemos a los individuos afectados por incumplimiento de información protegida sobre la salud que no fue asegurada. [45 CFR § 164.520] Utilizaremos y divulgaremos la información protegida sobre la salud de manera consistente con este aviso.

La agencia conserva un expediente (documento/archivo electrónico) de la información que recibimos y recabamos sobre usted y sobre el cuidado que le brindamos. Dicho expediente incluye las instrucciones médicas, evaluaciones, listas de medicamentos, notas del progreso clínico y datos de facturación.

Tal como lo exige la ley, la agencia mantiene políticas y procedimientos sobre nuestras prácticas de trabajo, incluyendo la manera en que brindamos y coordinamos el cuidado a nuestros pacientes. Dichas políticas y procedimientos incluyen cómo creamos, recibimos, accedemos, transmitimos, mantenemos y protegemos la confidencialidad de toda la información de salud en nuestra fuerza laboral y con asociados contratados y/o subcontratados; la seguridad del edificio y de los archivos electrónicos; y cómo educamos al personal sobre la confidencialidad de la información de los pacientes.

La información sobre su persona, en su condición de paciente, debe usarse y divulgarse a terceras personas para fines de **tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de la salud**. Ejemplos de la información que debe divulgarse:

- **Tratamiento:** Proveer, coordinar y administrar cuidados de la salud y servicios relacionados; consultas entre proveedores de cuidados de la salud respecto a un paciente o la remisión de un paciente a un proveedor a otro. Por ejemplo, nos reunimos regularmente para discutir cómo coordinar el cuidado de los pacientes y para agendar las visitas.
- **Pagos:** Facturación y cobro de servicios prestados, determinación de elegibilidad y cobertura de planes, revisión utilitaria (UR en inglés), precertificación, revisión de necesidad médica. Por ejemplo, la compañía de seguros ocasionalmente solicita que le sea enviada una copia del expediente médico para revisión de cobertura antes de pagar la cuenta.
- **Operaciones sobre cuidados de la salud:** Funciones generales administrativas y de negocios de la agencia, actividades de aseguramiento y mejoramiento de calidad; revisión médica; funciones de auditoría; desarrollo de lineamientos clínicos; determinación de la competencia o capacidad de los profesionales de cuidados de la salud; evaluación del desempeño de la agencia; conducción de programas de capacitación para estudiantes o nuevos empleados; actividades de licenciamiento, encuestas, certificación y acreditación; auditorías internas y ciertas actividades de recaudación de fondos y con su autorización, actividades de mercadeo. Por ejemplo, nuestra agencia periódicamente lleva a cabo reuniones de revisión de expedientes clínicos donde el consultor profesional de nuestro comité de revisión de expedientes auditará los expedientes clínicos para verificar si cumplen con los estándares profesionales y para su revisión utilitaria.

Los siguientes usos y casos de divulgación no necesitan de su consentimiento, e incluyen pero no están limitadas, la entrega de información contenida en estados financieros y/o expedientes médicos, incluyendo información respecto a enfermedades contagiosas tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), abuso de drogas o alcohol, diagnóstico psiquiátricos y registros de tratamientos y/o resultados de pruebas de laboratorio, expediente médico, progreso de los tratamientos y/o cualquier otra información relacionada como lo permite la ley estatal con:

1. Su compañía de seguros, su plan de salud ya sea autofinanciado o financiado por terceras personas, Medicare, Medicaid, o cualquier otra persona o entidad que pudiera ser responsable de pagar cualquier parte de su factura por servicios;
2. Cualquier persona o entidad afiliada con esta agencia o que nos represente para fines administrativos, de facturación y de control de calidad y de riesgos;
3. Cualquier hospital, asilo, u otro establecimiento de cuidados de salud al cual haya sido usted admitido;
4. Cualquier establecimiento de soporte vital o de cuidados personales en el cual sea usted residente;
5. Cualquier médico que le brinde a usted atención;
6. Organismos de licenciamiento y acreditación;
7. Contactarlo para juntar fondos para la Agencia; a usted se le dará el derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones;

8. Cualquier asociado de negocios o fundación relacionada institucionalmente con el propósito de juntar fondos para la agencia (la información puede incluir: datos demográficos – nombre, dirección, información de contacto, edad, género, fecha de nacimiento, fechas de cuidados de salud provistos, departamento de servicios, médico tratante, información que surja, y estado de su seguro de salud). A usted se le dará el derecho de optar por salir;
9. Recordatorios para el reabastecimiento de drogas, biológicos y/o sistemas de administración de drogas que hayan sido prescritos para usted;
10. Comunicaciones de mercadeo promocionando productos de salud, servicios e información si la comunicación es hecha cara a cara con usted ó la única ganancia financiera consiste de un regalo promocional ó valor nominal provisto por la agencia; y
11. Otros proveedores de cuidados de la salud con el fin de iniciar el tratamiento.

Nos está permitido utilizar o divulgar información de usted sin su consentimiento o autorización bajo las siguientes circunstancias:

1. En **situaciones de tratamientos urgentes**, si procuramos obtener el consentimiento tan pronto como sea práctico después del tratamiento;
2. Cuando existan **barreras substanciales a la comunicación con usted** y determinemos que el consentimiento está claramente implícito por las circunstancias;
3. Cuando **la ley exija** que le apliquemos algún tratamiento y no podamos obtener el consentimiento;
4. Cuando el uso o divulgación de la información médica sobre usted **sea exigido por la ley federal, estatal o local**;
5. Para brindar información a las **autoridades de salud pública estatales o federales**, como lo exige la ley con el fin de: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y decesos; reportar abusos o abandono de menores; reportar reacciones a los medicamentos o problemas con los productos; notificar a las personas sobre retiro de productos que pudieran estar usando; notificar a la persona que pudiera estar expuesta a una enfermedad o que pudiera estar en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o condición; y notificar a la dependencia gubernamental que corresponda en caso de sospecha de que algún paciente haya sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica (cuando usted esté de acuerdo o cuando lo exija la ley);
6. **Actividades de supervisión de cuidados de salud**, como auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciamiento por parte de alguna agencia gubernamental de supervisión que esté autorizada por la ley para monitorear el sistema de cuidados de salud, los programas de gobierno y el cumplimiento de las leyes sobre derechos civiles;
7. **Para los asociados de negocios** regulados por HIPAA que trabajen en nuestro beneficio bajo un contrato que requiere protección apropiada para la información de salud protegida;
8. **Ciertos procedimientos jurídico-administrativos** si usted es parte en alguna demanda o disputa. Podemos divulgar información médica suya en respuesta a la orden de una corte o una orden administrativa, citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal iniciado por terceras personas en una disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos por informarle a usted de la petición o de obtener una orden que proteja la información solicitada;
9. **Algunos propósitos Policiales** como pueden ser ayudar a determinar si ha ocurrido un crimen, para alertar al departamento de policía sobre un crimen en nuestros recintos ó si usted muere y nosotros sospechamos que su muerte es resultado de conducta criminal, identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, o para cumplir con una orden de la corte o citación y demás propósitos relacionados con la aplicación de la ley;
10. **A los médicos forenses, médicos examinadores y directores funerarios**, en ciertas circunstancias, como: para identificar a un cadáver, determinar la causa del deceso o para ayudarles en el cumplimiento de sus funciones;
11. **Para fines de donación de órganos, ojos o tejidos cadavéricos**, para comunicarnos con los organismos encargados de conseguir, almacenar y transportar órganos y tejidos (si el paciente es donador de órganos);
12. **Para ciertos fines de investigación**, bajo circunstancias muy especiales. Podríamos usar su información de salud para fines de investigación. Antes de divulgar cualquier información de salud suya para tales fines, el proyecto estará sujeto a un extenso proceso de aprobación. Generalmente le pediremos su autorización escrita antes de autorizar el acceso a cualquier información de salud que sea identificable individualmente;
13. **Para prevenir riesgos a la salud y la seguridad**: Para prevenir o disminuir un riesgo grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en general, como cuando alguien admite su participación en un crimen violento o daños físicos a otra persona, o que sea un convicto prófugo. No obstante, cualquier divulgación se hará sólo a alguien que esté posibilitado para prevenir el riesgo;

14. **Para funciones especializadas de gobierno**, incluyendo actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad e inteligencia, servicios de protección al Presidente, cabezas de estado extranjeras y a otras personas, determinaciones de aptitud médica, situaciones de instituciones correccionales y de custodia, y
15. **Para efectos del programa de Compensación a Trabajadores (*Workers' Compensation*)**: Éste y otros programas ofrecen beneficios en casos de lesiones y enfermedades de origen laboral.

Estamos autorizados para usar o revelar información siempre que usted sea informado con anticipación y se le haya dado la oportunidad de individualmente aceptar, prohibir, salir, ó restringir la divulgación de la información en las siguientes circunstancias:

1. Uso de un directorio (incluyendo nombre, ubicación, condición descrita en términos generales) de personas atendidas por nuestra agencia;
2. Proveer un comprobante de vacunación a una escuela que requiera por la ley estatal u otra ley tener dicho comprobante con el consentimiento de divulgación por el padre, guardián u otra persona actuando como loco parientes si el registro es de un menor no emancipado, y
3. Proveer a un miembro de su familia, amigo, u otra persona identificada, antes ó después de su muerte, la información pertinente a la participación de dicha persona en su cuidado o en el pago por servicios recibidos; para dar aviso a un miembro de familia, pariente, amigo, u otra persona identificada sobre su ubicación, condición general o muerte.

Otros usos o divulgaciones se harán sólo con su autorización escrita. Dicha autorización puede ser revocada, por escrito, en cualquier momento, excepto en situaciones limitadas para las siguientes divulgaciones:

1. Mercadeo de productos o servicios o alternativas de tratamiento que puedan ser benéficas para usted cuando recibimos pago directo por parte de un tercero por hacer dichas comunicaciones;
2. Notas de terapia física bajo la mayoría de las circunstancias, si es aplicable; y
3. Cualquier venta de información de salud protegida resultante en una ganancia financiera por la agencia a menos que se encuentre una excepción.

SUS DERECHOS – Usted tiene derecho, sujeto a ciertas condiciones, a:

- **Solicitar restricciones a los usos y divulgación de su información protegida sobre la salud** para tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de la salud. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar cualquier solicitud de restricción. Las restricciones que aceptemos estarán documentadas. No obstante, la aceptación de restricciones posteriores pueden determinarse bajo circunstancias aplicables (ejemplo: tratamientos de emergencia).

Nosotros debemos acceder a su petición de restringir el revelado de su información de salud protegida para un plan de salud si: 1) El revelado es con el propósito de llevar a cabo el pago por operaciones de cuidado de salud y no es de otra manera requerido por la ley; y 2) La información de salud protegida pertenece solo a un artículo de cuidado de salud por el cual usted ó alguien más en su beneficio pago la entidad cubierta por completo. (164.522 Derechos para solicitar protección de la privacidad para información de salud protegida).

- **La comunicación confidencial de información protegida sobre la salud.** Nos encargaremos de que usted reciba la información protegida de su salud por medios alternativos razonables o en formas alternativas, si usted considera que enviarle esta información a su dirección podría ponerle en peligro. Su petición deberá ser por escrito. No le solicitaremos una explicación de su petición como condición para entregarle comunicaciones en una base confidencial y procuraremos el pedido en comunicaciones confidenciales integrales. Usted deberá ser específico en cuanto a donde y cómo entrar en contacto con usted.

Si usted solicita que su información de salud protegida sea transmitida directamente a otra persona designada por usted, su solicitud escrita deberá ser firmada e identificar claramente a la persona designada y el lugar a donde la copia de la información de salud protegida será enviada.

- **Revisar y obtener copias de información protegida sobre la salud**, la cual se mantiene en un legajo de registro predeterminado, excepto las notas de psicoterapia, la información que se recopila con anticipación razonable sobre procesos civiles, criminales o administrativos, o la información protegida sobre la salud que no puede ser revelada bajo las Enmiendas a (la legislación sobre) Mejoras a Laboratorios Clínicos de 1988 [42 USC § 263a y 45 CFR 493 § (a)(2)]. Si usted solicita una copia de su información de salud, cargaremos una cuota razonable, basada en el costo que incluye solo el costo del trabajo de copiado, suministros y envío, si es aplicable, de acuerdo a las regulaciones estatales y federales aplicables.

Si la información de salud protegida solicitada es mantenida electrónicamente y usted solicita una copia electrónica, proveeremos acceso en el formato electrónico que usted solicite, si es fácilmente producible, o si no lo es, en un formato electrónico legible y formato acordado mutuamente.

Si negamos el acceso a la información protegida sobre la salud, usted recibirá oportunamente una negativa en lenguaje sencillo que explicará las bases de la negativa, sus derechos de revisión y una explicación de cómo puede ejercer esos derechos. Si nuestra agencia no mantiene su historial médico, le indicaremos dónde solicitar la información protegida sobre la salud.

- **Solicitar que se enmiende la información protegida sobre la salud**, siempre y cuando dicha información se mantenga en un legajo de registro predeterminado. Una solicitud para enmendar su registro deberá ser por escrito y deberá incluir una razón que soporte dicha enmienda. Su solicitud será atendida en un plazo de sesenta (60) días a partir de su recepción. Podríamos extender el plazo de dicho trámite hasta por 30 días adicionales, si le damos una explicación por escrito sobre las razones de la demora y la fecha en que se completará el trámite.

Podríamos rechazar la solicitud de enmendar si la información contenida en el expediente no fue creada por nosotros, a menos que usted provea una base razonable para creer que el autor de la información ya no está disponible para atender dicha solicitud; si la información no es parte del legajo de registro predeterminado; que no esté disponible para inspección bajo las leyes y reglamentos aplicables; o si el expediente está correcto y completo. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted recibirá oportunamente una negativa en lenguaje sencillo que explicará las bases de la negativa, sus derechos de presentar una declaración de desacuerdo y una explicación de cómo puede presentar dicha declaración.

- **Recibir una relación de divulgaciones de información protegida sobre la salud** que haya realizado nuestra Agencia durante un periodo de hasta seis (6) años anteriores de la fecha en que sea solicitada la relación, por cualquier razón que no sea por tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de la salud, y otras excepciones aplicables. La relación escrita incluye la fecha de cada divulgación, el nombre y domicilio (si se conocen) de la entidad o persona que recibió la información protegida sobre la salud, una breve descripción de la información divulgada y una breve aclaración sobre el propósito de la divulgación o una copia de su autorización escrita o de la solicitud escrita de divulgación. Entregaremos la relación en un plazo no mayor a 60 días a partir de la recepción de la solicitud escrita. No obstante, podríamos extender el plazo para la entrega de la relación hasta por 30 días adicionales, si le damos una explicación por escrito sobre las razones de la demora y la fecha en que usted recibirá la información. Le proporcionaremos sin cargo alguno la primera relación que solicite en cualquier periodo de 12 meses. Las solicitudes subsecuentes podrían estar sujetas a una tarifa razonable y al costo.
- **Recibir notificación de cualquier incumplimiento en la adquisición, acceso, uso o divulgación** de información de salud protegida que no haya sido asegurada por la agencia, sus asociados y/o subcontratistas.
- **Obtener una copia impresa de este aviso**, previa solicitud, aun cuando haya usted aceptado recibirlo electrónicamente.

QUEJAS - Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede quejarse ante la Agencia o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EUA. No habrá represalia alguna en su contra por presentar una queja. La queja deberá presentarse por escrito, y describir el incidente o incidentes específicos mencionando asunto, fecha y otros datos relevantes. Las quejas al Secretario deberán presentarse por escrito en un plazo no mayor a 180 días a partir de cuando haya ocurrido el hecho u omisión aludido, y debe describir los hechos u omisiones que se crea hayan violado los requisitos aplicables. [45 CFR § 160.306] Para mayor información respecto a la presentación de quejas, favor de comunicarse con: **Aladi Goodman, Director of Clinical Services, Soulistic Hospice, P.O. Box 1990, Tubac, AZ 85646-1990; Teléfono: (520) 398-2333.**

FECHA DE APLICACIÓN: Este aviso entra en vigor el 4 de febrero del 2015. Nos obliga el cumplimiento de los términos del aviso que está en vigor actualmente, pero nos reservamos el derecho a cambiar dichos términos conforme sea necesario para toda información protegida sobre la salud que mantengamos. Si cambiamos los términos de este aviso (mientras esté usted recibiendo atención), revisaremos con prontitud y le enviaremos, tan pronto como sea práctico, un aviso revisado por correo, correo electrónico (si usted acepta recibirlo electrónicamente) entregado en mano o mediante la publicación en nuestro sitio web.

Si necesita más información sobre los asuntos cubiertos por este aviso, favor de comunicarse a: Aladi Goodman, Director of Clinical Services, Soulistic Hospice, P.O. Box 1990, Tubac, AZ 85646-1990; Teléfono: (520) 398-2333.