

## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

---

Este aviso describe la forma en que su información médica se puede utilizar y divulgar y cómo usted puede obtener acceso a ella. **Revísela detenidamente.**

### 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.

#### Obtener una copia electrónica o impresa de su archivo médico

- Puede pedir que le muestren o le entreguen una copia electrónica o impresa de su archivo médico y de cualquier otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo.

#### Solicitar que corrijamos su archivo médico

- Puede pedirnos que corrijamos la información de salud que usted considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que digamos “no” a su solicitud, pero le explicaremos la razón de ello por escrito en un plazo de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted en un modo específico (por ejemplo: teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a otra dirección.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

#### Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud con fines de tratamiento, pago o para realizar nuestras actividades. No se nos exige que aceptemos su solicitud y diremos “no” en caso de que esta afecte su atención médica.
- Si paga totalmente de su bolsillo por algún servicio o atención médica que haya recibido, puede pedirnos que no compartamos esa información con fines de pago o en nuestra interacción con su empresa de seguro de salud. Diremos “sí” a menos que alguna ley nos exija compartir esa información.

### **Obtener una lista de los destinatarios de la información**

- Puede pedir que se le entregue una lista (informe) de las veces que hemos divulgado su información de salud durante los seis años previos a la fecha de solicitud. La lista puede incluir los destinatarios de la información y el motivo de la divulgación.
- Incluiremos toda la información divulgada, excepto la relativa al tratamiento, el pago y las actividades de atención médica, así como cierta información adicional (por ejemplo: la información que usted nos haya pedido divulgar). Le proporcionaremos un informe al año de manera gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable y basada en el costo si nos pide otro informe antes de que transcurran 12 meses.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

Aunque haya aceptado recibir el aviso por vía electrónica, puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Le entregaremos una copia impresa de manera oportuna.

### **Nombrar a un representante**

- Si le ha otorgado un poder de representación médica a alguna persona o alguien lo representa como su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Antes de dar algún paso, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre.

### **Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos**

- Puede contactarnos, utilizando la información de la página 5, para quejarse si cree que hemos violado sus derechos.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., enviando una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando el sitio web [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos ninguna represalia con usted por presentar una queja.

## **Sus opciones**

**Para cierta información de salud, puede decirnos cuáles son sus opciones relativas a la información que compartimos.** Si tiene una preferencia clara para la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquenosla. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene derecho y poder de elección para indicarnos que:

- Compartamos su información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en su atención médica.

- Compartamos su información en una situación de ayuda en casos de desastre.
- Incluyamos su información en un directorio de hospital.

*Si no está en condiciones de comunicarnos su preferencia (por ejemplo: está inconsciente), podemos compartir su información si creemos que ello sería beneficioso para usted. También podríamos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para su salud o su seguridad.*

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que contemos con su permiso por escrito:

- Fines de comercialización.
- Venta de su información.
- La mayoría de las notas de psicoterapia que se divulgan.

En caso de recaudación de fondos:

- Podríamos contactarlo en el marco de una iniciativa de recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no lo volvamos a contactar.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

### **¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?**

Normalmente, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

#### **Para su tratamiento**

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo tratan.

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

#### **Para el funcionamiento de nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información de salud para el funcionamiento de nuestro consultorio, mejorar su atención médica y contactarlo cuando sea necesario.

*Ejemplo: Usamos su información de salud para gestionar su tratamiento y los servicios que le prestamos.*

#### **Para facturar sus servicios**

Podemos usar y compartir su información de salud para enviar facturas a los planes de salud u otras entidades y recibir el pago de estos.

*Ejemplo: Enviamos su información al plan de seguro de salud para que este pueda pagar por los servicios prestados.*

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

Se nos permite o exige que compartamos su información de otras maneras; normalmente, en maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Antes de que podamos compartir su información con estos fines, es necesario que cumplamos con muchas condiciones estipuladas en las leyes. Para obtener más información, visite el sitio:

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

### **Ayudar con los problemas de la salud pública y la seguridad**

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar en las retiradas de productos.
- Informar las reacciones adversas a los medicamentos.
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o la seguridad de una persona.

### **Realizar investigaciones**

Podemos usar o compartir su información para realizar investigaciones de salud.

### **Intercambios de información de salud**

- Podemos proporcionar su información de atención médica a un sistema de intercambio de información de salud (health information exchange, "HIE") en el que participemos.
- El HIE es una base de datos de información de salud donde otros proveedores de servicios de atención médica pueden acceder a su información médica desde donde estén si son miembros del HIE. Estos proveedores pueden incluir a sus médicos, centros de enfermería, agencias de atención médica a domicilio u otros proveedores que lo atiendan fuera de nuestros hospitales o nuestros consultorios. Por ejemplo, usted puede encontrarse de viaje y tener un accidente en otra parte del estado. Si el médico que lo atiende es miembro del HIE en el que participamos, podría acceder a la información que se le brindó sobre usted. El acceso a esta información adicional (como historia clínica, alergias o recetas) en el HIE puede ayudar a su médico a brindarle con rapidez una atención bien fundada.
- Si no desea que se brinde su información médica al HIE y que se comparta con estos otros proveedores de servicios de atención médica, envíe un formulario de exclusión voluntaria que está disponible en el sitio [www.hiea.nc.gov](http://www.hiea.nc.gov). Puede tomar varios días para que la solicitud de exclusión se haga efectiva. Tenga en cuenta que si decide excluirse, es posible que sus proveedores no tengan la información más reciente sobre usted, lo que podría afectar su atención.

## **Cumplir con las leyes**

Compartiremos su información si así lo requieren las leyes estatales o federales, lo cual incluye informar al Departamento de Salud y Servicios Humanos, en caso de que este desee saber si estamos cumpliendo con la ley federal sobre la privacidad.

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

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de adquisición de órganos.

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

Cuando un individuo muere, podemos compartir información de salud con un perito forense, un médico forense o un director de funeraria.

## **Abordar la compensación al trabajador, la aplicación de las leyes y otras exigencias del gobierno**

Podemos usar y compartir su información de salud:

- Para los reclamos de compensación al trabajador.
- Para fines de aplicación de las leyes o con un agente del orden público.
- Con los organismos de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

## **Responder a litigios y acciones legales**

Podemos compartir su información de salud para dar respuesta a una orden administrativa o a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige que preservemos la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos oportunamente si tiene lugar una brecha que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de seguridad que se describen en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ningún modo diferente al aquí descrito, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, puede cambiar de parecer cuando lo desee. Háganos saber por escrito si cambia de parecer.

Para obtener más información, visite el sitio:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Cambios en las condiciones de este aviso**

Podemos cambiar las condiciones de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible, previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

## **Otras instrucciones para el aviso**

- Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003, actualizada el 18 de junio de 2018.
- Oficina de privacidad: 1918 Randolph Rd., Charlotte, NC 28207 – 704.333.0741.