

[Insert Practice Name]

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: **[insert effective date]**

ESTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A LA MISMA. LEA ESTE NOTIFICACION DETENIDAMENTE.

Acerca de nosotros

En este Notificación, utilizamos términos como “nosotros”, “nuestro” o “Centro Médico” para referirnos a **[insert Practice Name]**, sus médicos, empleados y otro personal. Todos los sitios y ubicaciones de **[insert Practice Name]** siguen los términos de este Notificación y pueden compartir información sobre salud entre sí para realizar tratamientos, pagos u operaciones médicas o con otros fines, según se describe en este Notificación.

Propósito de este Notificación

Este Notificación describe cómo podemos utilizar y revelar información sobre su salud para realizar tratamientos, pagos u otras operaciones médicas o para otros fines permitidos o requeridos por ley. Este Notificación también describe nuestros deberes legales a la hora de proteger la confidencialidad de la información sobre su salud y explica los derechos que tiene para mantener protegida la información sobre su salud. Crearemos un registro de los servicios que le proporcionamos y este registro incluirá la información sobre su salud. Necesitamos mantener esta información para garantizarle unos cuidados de calidad y que se cumplen determinados requisitos legales relacionados con ello. Entendemos que la información sobre su salud es personal y nos comprometemos a proteger su privacidad y a garantizar que la información sobre su salud no se utiliza de forma inapropiada.

Nuestras responsabilidades

Por ley, debemos mantener la privacidad de la información sobre su salud y avisarle de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con la información sobre su salud. También estamos obligados a notificarle cualquier problema que afecte a la seguridad de la información sobre su salud. Cumpliremos los términos de este Notificación.

Cómo podemos utilizar o revelar la información sobre su salud

Las siguientes categorías muestran ejemplos de cómo utilizamos y revelamos información sobre salud sin su autorización por escrito:

Para tratamiento: Podemos utilizar y revelar la información sobre su salud para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su salud

con su oncólogo y con otros profesionales médicos que participen en sus cuidados. Podemos revelar información sobre su salud a otro oncólogo para realizar una consulta. También podemos revelar información sobre su salud a su médico de cabecera u otro profesional médico para asegurarnos de que tienen toda la información necesaria para realizar el diagnóstico y el tratamiento.

Para pagos: Podemos utilizar y revelar la información sobre su salud a otros con el fin de que se nos pague o reembolse su tratamiento. Por ejemplo, podemos enviarle una factura a usted, a su compañía de seguros o a otro pagador. La factura contendrá información que le identifica, diagnóstico y tratamiento o insumos utilizados durante el transcurso del tratamiento. También podemos comunicar a su plan de salud el tratamiento que va a recibir para obtener una autorización previa o determinar si este cubrirá el tratamiento.

Para operaciones médicas: Podemos utilizar y revelar la información sobre su salud para llevar a cabo nuestra actividad comercial. Es necesario utilizar y revelar información para el funcionamiento del Centro Médico y garantizar que nuestros pacientes reciben unos cuidados de calidad. Por ejemplo, podemos usar la información sobre su salud para actividades de evaluación de la calidad, formación de estudiantes, acreditaciones necesarias y otras actividades básicas. También podemos revelar información sobre su salud a un tercer “socio comercial” que realice distintos servicios para nosotros, como transcripciones, facturación o cobros. En estos casos, se firmará un acuerdo por escrito con el socio comercial para garantizar que este protege la privacidad de la información sobre su salud.

Personas relacionadas con sus cuidados o pago por sus cuidados y notificación: Si usted accede verbalmente al uso o relevación de su información y en otras situaciones, haremos los siguientes usos de la información sobre su salud y la revelaremos de la siguiente forma. Podemos revelar a sus familiares, amigos y a cualquier persona que usted identifique como relacionada con sus cuidados médicos o que ayude en el pago de sus cuidados, información sobre su salud relevante a la relación de dicha persona en sus cuidados o en el pago por sus cuidados. También podemos revelar información después de su fallecimiento.

Podemos utilizar o revelar su información para notificar o ayudar a notificar a algún miembro de su familia, representante personal o a cualquier otra persona responsable de su cuidado en lo relacionado con su ubicación física en el Centro Médico, estado general o muerte. También podemos utilizar o revelar información sobre su salud a organizaciones de ayuda en desastres, para que su familia u otras personas responsables de su cuidado puedan ser notificadas sobre su estado y ubicación.

También podemos, hasta donde lo permita la ley aplicable, utilizar y revelar la información sobre su salud sin su autorización con los siguientes fines:

Como lo requiera la ley: Podemos utilizar y revelar información sobre su salud cuando nos obligue la ley federal, estatal o local.

Procedimientos judiciales y administrativos: Si se encuentra en un procedimiento legal, podemos revelar información sobre su salud si se nos solicita mediante una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información sobre su salud por citación judicial, pedido de solicitud de pruebas u otros procesos judiciales que soliciten otras personas relacionadas con el litigio, pero solo si antes se ha hecho lo posible para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Actividades de evaluación sanitaria: Podemos utilizar y revelar la información sobre su salud a agencias de evaluación sanitaria para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de evaluación son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, para los programas de prestaciones gubernamentales y para cumplir con los programas de normativas gubernamentales y leyes de derechos civiles.

Cumplimiento de la ley: Podemos revelar información sobre su salud, con limitaciones, a funcionarios encargados del cumplimiento de la ley con diferentes fines:

- Para cumplir una orden judicial, citación, pedido de solicitud de pruebas, emplazamiento u otros procesos similares;
- Para identificar o situar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
- Sobre la víctima de un delito, si la víctima accede o no podemos obtener la aprobación de la misma;
- Sobre una muerte de la que sospechamos que puede ser resultado de una conducta delictiva;
- Sobre una conducta delictiva de la que creamos, de buena fe, que ha sucedido en nuestras instalaciones; y
- Para informar sobre un delito que no ha sucedido en nuestras instalaciones, la naturaleza de un delito, la ubicación de un delito y la identidad, descripción y ubicación de una persona que ha cometido el delito, en una situación de emergencia.

Actividades de salud pública: Podemos utilizar y revelar la información sobre su salud para llevar a cabo actividades de salud pública, incluidas las siguientes:

- Para evitar o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad;
- Para informar sobre nacimientos o muertes;
- Para informar sobre abuso o negligencia infantil;
- Actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de productos regulados por la FDA;
- Para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad de transmisión o que pudiera estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad, según lo autorice la ley; y
- Para notificar a un empleador sobre una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo o sobre una supervisión médica general que el empleador deba realizar para cumplir con la ley, si se le avisa de dicha revelación de información.

Amenaza seria a la salud o la seguridad: Si existe una amenaza seria para su salud y seguridad o para la salud o seguridad públicas o de otra persona, podemos utilizar y revelar información sobre su salud a otras personas que puedan ayudar a evitar esta amenaza o, según sea necesario,

para que las autoridades responsables del cumplimiento de la ley identifiquen o detengan a una persona.

Donación de órganos/tejidos: Si usted es donante de órganos, podemos utilizar y revelar información sobre su salud a las organizaciones que gestionan la obtención, trasplante o reserva de órganos, ojos o tejidos.

Forenses, examinadores médicos y directores funerarios: Podemos utilizar y revelar la información sobre su salud a forenses o examinadores médicos. Puede que esto sea necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte. También podemos revelar información de salud, según sea necesario, a directores funerarios para ayudarlos en la realización de su trabajo.

Compensación a trabajadores: Podemos revelar información sobre su salud, según esté autorizado y en la medida que sea necesario, para cumplir con las leyes sobre compensación a los trabajadores o programas similares que ofrecen prestaciones debido a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos revelar información de salud a las autoridades gubernamentales correspondientes si creemos que un paciente puede haber sido víctima de un abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo revelaremos esta información si usted accede o cuando lo requiera o autorice la ley.

Actividades militares y de veteranos: Si pertenece a las Fuerzas Armadas, podemos revelar información sobre su salud a la autoridades militares. La información de salud de personal militar extranjero puede ser revelada a las autoridades militares extranjeras.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia: Podemos revelar información sobre su salud a los funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el Presidente y otros: Podemos revelar información sobre su salud a funcionarios federales autorizados encargados de proporcionar servicios de protección al Presidente y otros, incluidos jefes de Estado extranjeros.

Internos: Si usted es un interno de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado del cumplimiento de la ley, podemos revelar información sobre su salud a la institución correccional o al funcionario encargado del cumplimiento de la ley para ayudarlos a proporcionarle cuidados, proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otros o por la seguridad de la institución correccional.

Investigación: Podemos utilizar y revelar la información sobre su salud para determinadas actividades de investigación sin su autorización por escrito: Por ejemplo, podríamos utilizar parte de la información sobre su salud para decidir si disponemos de suficientes pacientes para realizar un estudio sobre el cáncer. Para determinadas actividades de investigación, un Comité de

revisión institucional (IRB) o Comité de privacidad puede aprobar el uso y revelación de información sobre su salud sin su autorización.

Otros usos y revelaciones de información sobre su salud que requieren autorización por escrito:

Cualquier otro uso y revelación de la información sobre su salud que no esté cubierto por este Notificación se realizará solo con su autorización por escrito. Algunos ejemplos incluyen:

- Notas sobre psicoterapia: Normalmente no mantenemos notas de psicoterapia sobre usted. Si lo hacemos, solo las utilizaremos y revelaremos con su autorización por escrito excepto en situaciones limitadas.
- Marketing: Solo podemos utilizar y revelar información sobre su salud con fines de marketing con su autorización por escrito. Esto incluye las comunicaciones sobre tratamientos por las que recibamos un beneficio económico.
- Venta de la información sobre su salud: Solo podemos vender la información sobre su salud con su autorización por escrito.

Si nos autoriza a usar o revelar información sobre su salud, puede anular su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si anula su autorización, dejaremos de utilizar o revelar la información sobre su salud según lo especificado en su anulación, excepto en la medida en la que hayamos realizado alguna acción relacionada con su autorización.

Actividades de recaudación de fondos

Podemos usar su información demográfica (como su nombre, información de contacto, edad, género y fecha de nacimiento), las fechas en que le atendimos, el departamento que lo atendió, el médico que lo atendió, información sobre resultados y el estado de su seguro de salud para contactar con usted con la intención de recaudar dinero para fines benéficos. También podemos revelar información a una fundación relacionada con el Centro Médico para que la fundación pueda contactar con usted para recaudar dinero. Tiene derecho a rechazar el envío de comunicaciones para recaudación de fondos. **[Fundraising: Delete if the Practice will not use or disclose PHI for fundraising purposes.]**

Sus derechos en relación con la información sobre su salud

Estos son sus derechos sobre la información de su salud que mantenemos:

Derecho a solicitar restricciones: Tiene derecho a solicitar restricciones en la forma en la que utilizamos y revelamos información sobre su salud para el tratamiento, pago u operaciones médicas. **En la mayoría de circunstancias, no estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si la aceptamos, cumpliremos su solicitud a no ser que la información sea necesaria para realizar un tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito a **[insert name/title and address of appropriate contact]**. Estamos obligados a aceptar su

solicitud de restricción sobre revelación de información a un plan de salud en lo relacionado con pagos u operaciones médicas (a no ser que se solicite judicialmente) si usted u otra persona distinta al plan de salud ha abonado por completo el servicio o artículo en cuestión.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nuestras comunicaciones con usted se realicen de determinada manera o en determinadas ubicaciones en relación con los servicios que le suministramos. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted en el trabajo o solo por correo postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe enviar su solicitud por escrito a **[insert name/title and address of appropriate contact]**. No pediremos justificación para su solicitud. Trataremos de adaptarnos a cualquier solicitud razonable.

Derecho a consultar y copiar: Tiene derecho a consultar y copiar información de salud que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre sus cuidados. Para consultar y copiar la información sobre su salud, debe realizar su solicitud por escrito rellenando el formulario correspondiente que le proporcionaremos y enviarlo a **[insert name/title and address of appropriate contact]**. Puede solicitar acceso a su información médica de forma y en formato electrónicos, si es posible y, si no lo es, en determinada forma y formato electrónicos convenientes para ambos. Además, puede solicitar por escrito que facilitemos una copia de la información sobre su salud a cualquier persona o entidad que designe. Su solicitud por escrito y firmada debe identificar claramente a dicha persona o entidad y dónde le gustaría que le enviáramos la copia. Si solicita una copia de la información sobre su salud, podemos aplicar una tarifa por la elaboración, insumos y franqueo necesarios para cumplir su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud de consulta y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si el acceso a la información sobre su salud es rechazado, puede solicitar la revisión de esta decisión por parte de un profesional médico autorizado seleccionado por nosotros. La persona que realice la revisión no será la persona que ha rechazado su solicitud. Cumpliremos la decisión de la revisión.

Derecho a modificación: Si cree que la información sobre su salud es incorrecta o incompleta, puede solicitar que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar su modificación durante el tiempo que mantengamos la información o que esta información se mantenga para nosotros. Para solicitar una modificación, debe realizar su solicitud por escrito rellenando el formulario correspondiente que le proporcionaremos y enviarlo a **[insert name/title and address of appropriate contact]**.

Podemos rechazar su solicitud de modificación. Si esto sucede, se le notificará la razón del rechazo y se le dará la oportunidad de presentar una reclamación por escrito que formará parte de su historia médica.

Derecho a explicación de revelaciones: Tiene derecho a solicitar una explicación de revelaciones de la información sobre su salud que hemos realizado. Tenga en cuenta que determinadas revelaciones no tienen por qué incluirse en la contabilidad que le proporcionemos.

Para solicitar una contabilidad de revelaciones, debe realizar su solicitud por escrito rellenando el formulario correspondiente que le proporcionaremos y enviarlo a **[insert name/title and address of appropriate contact]**. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no superior a 6 años y que no incluya fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera contabilidad que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Para contabilidades adicionales, nosotros le cobraremos por el servicio de proveerle la contabilidad. Nosotros le notificaremos de los costos y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud antes de que ningún costo sea incurrido.

Derecho a tener una copia en papel de este Notificación: Tiene derecho a obtener una copia en papel de este Notificación en cualquier momento, incluso si anteriormente ha aceptado recibir este Notificación de forma electrónica. Para obtener una copia en papel de este Notificación, póngase en contacto con **[insert name/title and phone number of appropriate contact]**. También puede obtener una copia en papel de este Notificación en nuestro sitio web, [www.\[insert web address\]](#).

Cambios en este Notificación

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Notificación en cualquier momento. Nos reservamos el derecho a que las nuevas cláusulas del Notificación se apliquen a toda la información de salud que mantenemos actualmente, así como a la información de salud que recibamos en el futuro. Si realizamos cambios de importancia en nuestras prácticas de privacidad, revisaremos de inmediato nuestro Notificación. Enviaremos una copia del Notificación actual a **[insert location in your clinics where Notice will be posted]**. Todas las versiones del Notificación incluirán una fecha de entrada en vigor en la primera página. Las actualizaciones de este Notificación también estarán disponibles en nuestro sitio web, [www.\[insert web address\]](#).

Reclamaciones

Si tiene alguna pregunta sobre este Notificación o le gustaría presentar una reclamación sobre nuestras prácticas de privacidad, diríjase a: **[insert name/title, address and phone number of appropriate contact]**. También puede presentar una reclamación en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicio Social. **No sufrirá ningún tipo de penalización por la presentación de reclamos.**

Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre este Notificación, póngase en contacto con **[insert name, or title, of contact and telephone number]**.