



## Su información. Sus derechos. Nuestra responsabilidad.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información sobre usted y cómo puede usted obtener acceso a esta información.

**Revíselo detenidamente por favor**

### Sus derechos

**Cuando se trata de información de salud, usted cuenta con ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle a:

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

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo puede hacer esto.
- Nosotros le proporcionaremos una copia de su información de salud, generalmente dentro de los siguientes 30 días después de su petición. Puede que le cobremos una tarifa razonable por los costos.

#### Pedirnos que corrijamos su expediente médico

- Usted puede pedirnos que corrijamos la información de salud sobre usted que usted piense que está incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo puede hacer esto.
- Nosotros podemos decir "no" a su solicitud, pero si decimos que no, nosotros le informaremos por escrito dentro de 60 días del por qué.

#### Solicitar comunicados confidenciales

- Usted nos puede pedir que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de la casa u oficina) o bien enviar la correspondencia a una dirección diferente.
- Nosotros diremos "sí" a todas las peticiones razonables.

*Continúa en la siguiente página*

**Pedirnos que  
limitemos lo que  
usamos y  
compartimos**

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud sobre el tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- Nosotros no tenemos la obligación de acordar con su petición, y podemos decir "no" si podría afectar su atención de salud.
- Si usted paga totalmente por un servicio o un artículo de atención de salud de su bolsillo, usted puede pedirnos que no compartamos dicha información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
- Nosotros diremos "sí" a no ser que la ley requiera que compartamos dicha información.

**Obtener una lista de  
aquellos con los que  
hemos compartido  
información**

- Usted puede solicitar un listado (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud por los seis años anteriores a la fecha de su petición, sobre con quién la compartimos y el por qué.
- Nosotros incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención de salud, y otras ciertas divulgaciones (como aquellas que usted nos solicitó hacer). Nosotros proporcionaremos una contabilización gratuita por año pero cobraremos una tarifa razonable con base al costo si usted solicita otra dentro de 12 meses.

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

- Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si acordó en recibir el aviso electrónicamente. Nosotros le proporcionaremos una copia impresa inmediatamente.

**Escoger a alguien  
que tome  
decisiones por  
usted**

- Si usted le ha proporcionado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nosotros nos aseguraremos de que la persona cuente con esta autoridad y pueda actuar a nombre de usted antes de que nosotros tomemos cualquier acción.

**Entablar una queja si  
usted siente que se  
quebrantaron sus  
derechos**

- Usted se puede quejar si siente que se han quebrantado sus derechos, simplemente contáctenos usando la información en la página 1.
- Usted puede entablar una queja con el Departamento de Salud de EE.UU. y la Oficina de Servicios Humanos para Derechos Civiles llamando al 1-877-696-6775, o escribiendo a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- Nosotros no tomaremos ninguna represalia contra usted por presentar una queja.

**Generalmente, ¿cómo usamos o compartimos su información de salud?** Nosotros generalmente usamos o compartimos su información de salud para:

<b>Darle tratamiento</b>	Nosotros podemos usar y compartir su información de salud con otros profesionales que le están dando tratamiento.	<i>Ejemplo:</i> Un médico que le está proporcionando tratamiento por una enfermedad le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.
<b>El funcionamiento de nuestra organización</b>	Nosotros podemos usar y compartir su información de salud para proporcionar servicios, mejorar su atención de salud y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.	<i>Ejemplo:</i> Nosotros usamos la información de salud sobre usted para administrar qué tan bien lo está atendiendo nuestro personal.
<b>Facturar por sus servicios</b>	Nosotros podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de sus planes de salud u otras entidades.	<i>Ejemplo:</i> Nosotros proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que nos pague por nuestros servicios.

**¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud?** Nosotros tenemos permitido o estamos obligados a compartir su información de otras formas, generalmente de formas en que contribuyen al bien del público, como para la salud e investigación pública. Nosotros tenemos que cumplir con muchas condiciones antes de poder compartir su información para estos propósitos. Para obtener más información visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<b>Ayudar con problemas de salud y seguridad al público</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nosotros podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, como para: <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar enfermedades</li> <li>Ayudar con la retirada de productos</li> <li>Reportar acciones adversas a medicamentos</li> <li>Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia familiar</li> <li>Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquiera.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Realizar investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nosotros podemos usar o divulgar su información para investigación en el campo de la salud.</li> </ul>
<b>Cumplir con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nosotros compartiremos información sobre usted si la ley estatal o federal lo requiere, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si ellos quieren ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.</li> </ul>
<b>Trabajar junto con un médico forense o director de funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nosotros podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, médico forense, o director de funeraria al morir un individuo.</li> </ul>
<b>Abordar solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras peticiones del gobierno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para: <ul style="list-style-type: none"> <li>Reclamos de compensación laboral</li> <li>Para propósitos de cumplimiento con la ley o con un oficial que obliga el cumplimiento de la ley</li> <li>Con agencias encargadas de salud para actividades autorizadas por ley</li> <li>Para funciones especiales del gobierno, como servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial</li> <li>Nosotros podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden del tribunal o administrativa, o en respuesta a un citatorio.</li> </ul> </li> </ul>

**Para cierta información de salud, usted nos puede indicar sus opciones sobre lo que podemos compartir nosotros.** Si usted tiene una preferencia clara sobre cómo compartir su información bajo las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué es lo que quiere que hagamos, y haremos nuestro mejor esfuerzo para seguir sus instrucciones.

**En estos casos, usted cuenta con el derecho y la opción de decirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos u otros involucrados en su atención de salud.
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre
- Tenemos la opción de contactarlo para esfuerzos de recaudación de fondos
- Compartamos cierta información sobre su tratamiento de drogas y alcohol  
Esta información puede requerir su autorización escrita antes de compartirla con cualquiera.

*Si usted no es capaz de proporcionar sus preferencias, por ejemplo si está inconsciente, puede que nosotros procedamos y compartamos su información si creemos que es para su mayor beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario para aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

**En estos casos nosotros nunca compartiremos su información a menos que usted nos proporcione permiso escrito:**

- Propósitos de mercadotecnia.
- Venta de su información. Nosotros nunca venderá su información.
- Compartir (la mayoría) de las notas de psicoterapia. Nosotros no mantiene notas de psicoterapia.

## Nuestras responsabilidades

- Por ley nosotros tenemos la obligación de mantener la privacidad y la seguridad de su información protegida de salud.
- Nosotros le informaremos inmediatamente si se presenta una violación que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Nosotros debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle a usted una copia de la misma.
- Nosotros no usaremos o compartiremos su información con excepción de lo descrito aquí a menos que usted nos indique por escrito que sí podemos. Si usted nos dice que sí podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.
- Para encontrar información adicional sobre este Aviso, contacte al Funcionario de Privacidad de HHS usando la información de contacto proporcionada en la página 1 de este Aviso o visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

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

- La fecha de vigencia para este aviso es 1<sup>o</sup> de septiembre de 2014.