



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR, LEERLO CON ATENCIÓN.**

Su registro de salud contiene información personal sobre usted y su salud. Esta información sobre usted que puede identificarle y que se relaciona con su salud o condición física, mental o de salud relacionada con su pasado, presente o futuro y los servicios de atención médica relacionados se conoce como Información de Salud Protegida o Protected Health Information ("PHI"). Estamos comprometidos a proteger la PHI, incluyendo información relacionada con su tratamiento de salud mental y servicios de atención médica relacionados.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a la PHI mantenida por Santa Maria Health y describe las formas en que podemos usar y divulgar su PHI de acuerdo con las leyes de HIPAA e Illinois, así como ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su PHI. También describe sus derechos y cómo puede tener acceso y controlar su PHI.

Estamos obligados por la ley a 1) mantener la privacidad de PHI; 2) proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a PHI; Y 3) atenerse a los términos de este Aviso como actualmente en vigor.

### **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR PHI SOBRE USTED.**

La ley aplicable y los estándares éticos nos permiten revelar información sobre usted sin su autorización solamente en un número limitado de situaciones. Los tipos de usos y divulgaciones que pueden hacerse sin su autorización se describen a continuación e incluyen aquellos que son requeridos por la ley.

**Para tratamiento.** Su PHI puede ser utilizada y revelada por aquellos que están involucrados en su cuidado con el propósito de proveer, coordinar o administrar su tratamiento de atención médica y servicios relacionados. Por ejemplo, podemos compartir PHI acerca de usted con proveedores, agencias o instalaciones que le tratan por una condición médica o psicológica, con el fin de proporcionar o coordinar las diferentes cosas que necesite, como recetas o tipos de terapia. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su proveedor esté listo para verlo.

**Para pago.** Podemos usar y revelar PHI para que se pueda facturar el tratamiento y los servicios que reciba y el pago puede ser efectuado por usted, una compañía de seguros o un tercero. Ejemplos de actividades relacionadas con el pago incluyen la determinación de elegibilidad o cobertura de beneficios de seguros, actividades de cobro o procesamiento de reclamos con su compañía de seguros.

**Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar su PHI para apoyar ciertas actividades administrativas y de administración de negocios incluyendo, pero no limitado a actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, otorgamiento de licencias y realización o arreglos para otras actividades comerciales. Su PHI también puede ser utilizada o divulgada para cumplir con la ley y la regulación, para las obligaciones contractuales, contratación de servicios de salud, servicios legales, planificación y desarrollo de negocios, la venta de todo o parte de Santa Maria Health a otra entidad, suscripción y otras actividades de seguros. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con terceros que realizan diversas actividades empresariales (Por ejemplo, servicios de facturación o de mecanografía). Bajo la ley de Illinois, se prohíbe a todos los receptores de información médica. Excepto cuando sea específicamente requerido o permitido por la ley.

**Recordatorios de citas.** Podemos contactarle por Teléfono, correo u otro método aprobado por usted para recordarle que tiene una cita en Santa Maria Health. Si nos autoriza a hacerlo, podemos dejar mensajes de voz que le recuerden que tiene una cita.

**Alternativas de Tratamiento / Servicios Relacionados con la Salud.** Podemos informarle acerca de o recomendar tratamiento con posibles opciones o alternativas que puedan ser de su interés. También podemos ponernos en contacto con usted acerca de los beneficios relacionados con la salud o servicios que ofrecemos.

**Divulgaciones de salud pública.** Podemos revelar su PHI para propósitos de salud pública. Estos propósitos generalmente Incluye lo siguiente:

- Prevenir o controlar enfermedades (como cáncer y tuberculosis), lesiones o discapacidades;
- Notificación de eventos adversos o vigilancia relacionada con alimentos, medicamentos o problemas y defectos sobre productos;
- Notificar a una persona que haya estado expuesta a una enfermedad o que esté en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso o descuidar y hacer esta divulgación como autorizada o requerida por la ley;
- Notificando al médico forense de la muerte de un paciente.

**Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales, de licencias, de auditoría y de Autorizado o requerido por la ley.

**Demandas y otras acciones legales.** En relación con demandas judiciales u otros procedimientos legales, podemos divulgar Acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación, orden, citación o otro proceso lícito. Podemos divulgar su PHI a los tribunales, abogados y empleados de la corte en tutela judicial y otros procedimientos judiciales o administrativos.

**Objetivos de Compensación del Trabajador.** Podemos divulgar su PHI a un abogado que represente a su empleador, su solicitud, a menos que creamos que la publicación es contraria a sus intereses.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar la PHI a los oficiales de la ley de la siguiente manera:

- Según sea necesario para la protección de ciertos funcionarios electos, según lo requiera la ley;
- Para la protección de las personas cuando sea necesario de un grave peligro de violencia;
- Cuando se solicita en el momento de la hospitalización involuntaria del paciente;
- Cuando se informa de que un paciente, mientras está hospitalizado, ha sido víctima o perpetrador de ciertos delitos;
- Cuando lo solicite un oficial que presenta una orden con la facilidad;
- Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, a ciertos fugitivos y a ciertas personas desaparecidas o para asuntos de seguridad nacional.

**Abuso, Violencia Doméstica.** Según lo requerido por la ley, podemos usar o divulgar la PHI para la notificación obligatoria de abuso, negligencia o violencia doméstica, abuso de adultos ancianos / dependientes. Podemos divulgar la PHI relevante para la prevención, identificación, manejo o tratamiento de un niño maltratado y los padres del niño o un anciano o adulto dependiente.

**Departamento de Justicia.** Podemos revelar información limitada al Departamento de Justicia de Illinois para el movimiento y los propósitos de identificación de ciertos pacientes criminales, o respecto de las personas que no pueden comprar, poseen o controlar un arma de fuego o arma mortal.

**Trabajador de la respuesta de emergencia.** Podemos divulgar la PHI a los empleados de respuesta de emergencia con respecto a posibles exposición al VIH / SIDA, en la medida necesaria para cumplir con las leyes estatales y federales.

**Presos.** Si usted es recluso de una institución correccional o bajo la custodia de funcionarios podemos divulgar su PHI a la institución correccional según lo autorizado o requerido por la ley.

**Investigación:** Santa Maria Health puede usar o divulgar la PHI para fines de investigación dentro de Santa Maria Health mientras 1) la PHI no sale de Santa Maria Health o 2) la prueba de una autorización, renuncia u otro proceso suficiente es proporcionado a Santa Maria Health y el investigador acuerda proteger la PHI. Toda la investigación de Santa Maria Health proyectos están sujetos a un proceso de aprobación especial que considera la protección de la PHI en la evaluación de proyecto.

**Notas de Psicoterapia.** Notas de psicoterapia, incluyendo notas separadas del resto del expediente médico que son registradas por un profesional de salud mental y documentan o analizan conversaciones durante una sesión, no podrá revelarse sin su autorización, excepto en ciertas circunstancias limitadas:

- Uso o divulgación en programas supervisados de capacitación en salud mental para estudiantes, aprendices o practicantes;
- Uso o divulgación por parte de Santa Maria Health para defender una acción legal u otro procedimiento presentado por usted;
- Un uso o revelación que es requerido por la ley;



- Un uso o revelación que se permite para la supervisión legal y clínica del psicoterapeuta que hizo la notas;
- Prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de otra persona.

**Marketing.** Santa Maria Health sólo puede usar o divulgar su PHI con fines de marketing, incluyendo subsidios tratamiento, con su autorización por escrito.

**Con Autorización.** Los usos y revelaciones no específicamente permitidos por la ley aplicable serán hechos solamente con su Autorización para la Liberación de Información, la cual puede ser revocada en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito al la oficina de Privacidad, Santa Maria Health,

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI**

Su PHI es propiedad de Santa Maria Health. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted. Para ejercer cualquiera de estos derechos, envíe su solicitud por escrito a nuestra oficina de Privacidad en Santa Maria Health

**Derecho a inspeccionar y copiar.** Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y / o recibir una copia de su PHI. Para inspeccionar y/o recibir una copia de su PHI, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección arriba mencionada. La solicitud debe indicar qué información desea acceder y si desea inspeccionarla o copiarla. Si se solicita una copia de la información, deberá pagar los gastos de fotocopia y franqueo (si procede) antes de liberación de los documentos. Responderemos a su solicitud en un plazo de 30 días.

Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y/o recibir una copia en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega acceso a su PHI, excepto para las notas de psicoterapia, puede solicitar que se revise la negación. El profesional de salud elegido por Santa Maria Health revisará su solicitud y la denegación. La persona que conduce la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a solicitar una enmienda o anexo.** Si usted siente que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información o añada un anexo. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda o anexo durante el tiempo que la información fue creada y es mantenida por Santa Maria Health. Para solicitar estas adiciones debe hacerse por escrito a la dirección arriba indicada. Además, debe proporcionar una razón que apoye su solicitud. Un anexo no debe ser superior a 250 palabras por supuesto incompleto o incorrecto elemento en su registro. Podemos denegar su solicitud de una enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos denegar el Aviso de Privacidad de Santa Maria Health si nos solicita enmiendas con información que no fue creada por Santa Maria Health, no forma parte de la PHI guardada por o para Santa Maria Health, no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar o es exacta y completa en su registro.

Si rechazamos su solicitud de enmienda, le proporcionaremos una denegación por escrito dentro de los 60 días de su solicitud. Usted tiene el derecho de presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la denegación a la dirección anterior. Si decide no presentar una declaración de desacuerdo, puede solicitar que le proporcionemos una copia de su solicitud de enmienda y nuestra denegación con cualquier divulgación futura de la PHI que fue objeto de la enmienda. La declaración de desacuerdo debe ser de 250 palabras o menos. Si preparamos una declaración de réplica, le proporcionaremos una copia para sus registros.

**Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar y recibir una lista de las revelaciones que hacemos de su PHI. Podemos cobrarle una tarifa razonable si solicita más de una contabilidad en cualquier período de 12 meses. Para solicitar una contabilidad de las revelaciones, envíe su solicitud por escrito a la dirección arriba indicada. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser superior a los seis años anteriores.

**Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la PHI 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 PHI que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago por su cuidado, como un miembro de la familia, un amigo o su compañía de seguro de salud. Usted puede solicitar específicamente restringir la divulgación de su PHI para artículos o servicios que usted paga por su bolsillo. Su solicitud debe hacerse por escrito a Santa Maria Health en la dirección arriba indicada y debe indicar 1) la información que desea limitar, 2) si desea limitar nuestro uso o divulgación o ambos y 3) a quien desea aplicar



estos límites. Cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

**Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de atención médica de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que lo contactemos solo en casa o solo por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito a nuestra Oficina de Privacidad, a la dirección arriba indicada. Acomodaremos todas las peticiones razonables.

**Derecho del individuo afectado a ser notificado en caso de divulgación inapropiada de su PHI.** En el caso desafortunado de una divulgación inapropiada o incorrecta de su PHI, usted tiene el derecho de recibir notificación de las circunstancias que rodean la divulgación, el tipo de PHI revelado y los pasos que debe tomar para proteger su privacidad. Le proporcionaremos esta notificación por escrito dentro de los cinco días hábiles de nuestra detección de la divulgación indebida.

**Derecho a una copia en papel.** Usted tiene derecho a una copia en papel de este Aviso a solicitud.

**CAMBIOS A LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y ESTA NOTIFICACIÓN**

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la notificación revisada o modificada para PHI que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Una copia actual de este Aviso está disponible en Santa Maria Health. Le proporcionaremos una copia de cualquier Notificación revisada enviándole una copia por correo o proporcionándola en su próxima cita.

**QUEJAS**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestro Oficial de Privacidad en la dirección indicada arriba o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este formulario, usted acusa recibo del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Santa Maria Health. Nuestra "Notificación de prácticas de privacidad" proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su salud protegida información. Le recomendamos que lo lea en su totalidad.

Nuestro "aviso de prácticas de privacidad" está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia este al acceder a nuestro sitio web o ponerse en contacto con nuestra Oficina de Privacidad.

*Acuso recibo del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Santa Maria Health.*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_ Expediente Médico #: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma alguien que no sea paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_

*Para uso de la oficina solamente: Incapacidad para obtener el acuse de recibo.*

El paciente mencionado anteriormente recibió una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y tuvo la oportunidad de revisarla. Nosotros intentó obtener un acuse de recibo escrito de la Notificación de Prácticas de Privacidad, pero el reconocimiento no se pudo obtener porque:

- El individuo se negó a firmar.
- Barreras de comunicación prohibidas obteniendo el reconocimiento.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento.
- Otro (Favor de especificar) \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma empleado: \_\_\_\_\_