

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA ASÍ COMO TAMBIÉN LA MANERA EN QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este hospital está comprometido a proteger la información que obtengamos de usted mientras estemos brindándole servicios. Por ley se nos requiere que protejamos la privacidad de la información médica que pueda revelar la identidad de usted. De igual manera se nos requiere que le demos una copia impresa de este aviso el cual describe las prácticas de privacidad de nuestro hospital. Este aviso permanece siempre en el área de recepción de nuestro hospital y se encuentra en nuestro sitio web en www.StRoseNH.org.

Si tiene alguna pregunta referente a este Aviso o si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor contacte nuestra oficina de Privacidad al 1-866-271-1033 o a través de correo electrónico a privacy@emerus.com. También puede presentar una denuncia a la Oficina de Derechos Civiles, Secretaría del Departamento de Salud y de Servicios Humanos. Si tiene alguna otra pregunta o problema por favor tome nota de esta dirección, 4855 Blue Diamond Rd., Ste. 100, Las Vegas, NV 89139. También puede contactarnos al número de teléfono 702-216-7305. *Nadie tomará represalias o alguna acción contra usted por presentar una denuncia.*

¿QUIÉN DEBE CUMPLIR CON ESTE AVISO?

Las prácticas de privacidad descritas en este aviso deben cumplirse por aquellos que sean:

- Profesionales médicos, empleados, personal médico, aprendices, estudiantes o voluntarios que estén involucrados en el cuidado de usted o entidades que sean parte de una organización de cuidado de salud que tengan acuerdos con Dignity Health - St. Rose Dominican;
- Cualquier socio de negocios Hospitalarios (descrito a continuación).

POLÍTICA DE DENUNCIAS Y AGRAVIOS

En Dignity Health - St. Rose Dominican es de suma importancia proveerle con una experiencia superior como paciente y con excepcional cuidado médico. Si tiene alguna pregunta o queja concerniente a su experiencia o el cuidado médico que ha recibido deseamos que comparta sus comentarios con nosotros. Hemos formado un equipo de Atención al Paciente para resolver cualquier queja y para asegurarnos que toda su experiencia cumpla con los altos estándares por los cuales Dignity Health - St. Rose Dominican es conocido.

Si desea denunciar algún problema o queja acerca del cuidado médico que ha recibido, por favor no dude en llamar a uno de nuestros especialistas de Atención al Paciente al 1-877-516-0911.

Una vez que se haya recibido su información procederemos con una investigación interna la cual incluirá al Director Médico de esa localidad y/o al Administrador del Hospital. Haremos todo lo posible por responderle por escrito dando por

entendido que hemos recibido su agravo (en la cual puede ser que reciba una resolución o no) dentro de 10 días de haber recibido dicho agravo del paciente. Durante este proceso puede ser que un miembro de nuestro equipo, que se encuentre involucrado en la investigación, le contacte para obtener más información.

La satisfacción de su cuidado y tratamiento médico es nuestra prioridad primordial en Dignity Health - St. Rose Dominican. Por favor comuníquese con nosotros si es que hay algo que podamos hacer para hacer su visita aún mejor.

REQUISITO DE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Por lo general obtendremos su autorización por escrito antes de usar o compartir su información médica con otros ajenos a este hospital. También puede transferir sus registros médicos a otra persona llenando otra forma de autorización con alguien de nuestro personal de registros. Si usted nos da autorización por escrito, usted puede anularla en cualquier momento, a excepción en la medida en que ya se haya utilizado.

LA MANERA EN QUE PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

1. TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE NEGOCIO

Tratamiento: Podemos compartir su información médica con doctores o enfermeras que se encuentren involucrados en su cuidado médico en éste hospital quienes a la vez pueden usar esta información para diagnosticarle o darle tratamiento.

Pago: Podemos usar su información médica o compartirla con otros para poder recibir pago por los servicios médicos rendidos. Podemos compartir su información con la compañía de seguros para de igual manera obtener reembolso después de haberle dado tratamiento, o para determinar si el tratamiento esta cubierto o no. A la misma vez podemos notificar a su compañía de seguros de su condición médica para poder obtener pre-aprovación para su tratamiento, por ejemplo, el poder ser internado en el hospital. Podemos compartir su información con otros proveedores y otros responsables de pago con el propósito de que ellos lleven a cabo sus propias actividades de pago.

Operaciones de Negocio: Podemos usar su información médica o compartirla con otros con el fin de llevar a cabo nuestras propias operaciones de negocio. Podemos usar su información médica para evaluar el desempeño nuestro personal concerniente al cuidado que le han brindado, o para educar a nuestro personal y mejorar el cuidado que le han dado. Podemos compartir su información médica con otros proveedores de salud y aquellos responsables del pago con el propósito de que ellos lleven a cabo sus propias operaciones de negocio, si es que la información esta vinculada con alguna relación que usted tenga actualmente o haya tenido previamente con el proveedor o aquellos responsables del pago, y si es que por ley se le requiera al proveedor o al responsable del pago que proteja la privacidad de su información médica.

Recordatorios de citas, Tratamientos Alternos, Beneficios y Servicios: En el curso de su tratamiento podemos usar su información médica para contactarle y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios en nuestra localidad. También podemos usar su información médica para recomendar tratamientos alternos si es que los hay o para informarle de beneficios o servicios que puedan ser de su interés.

Socio de Negocios: Podemos divulgar su información médica con contratistas, agentes y otros socios de negocio que necesiten la información para que ellos nos ayuden a recibir pago o para que nos ayuden a administrar nuestras operaciones de negocio. Podemos compartir su información con la compañía de cobros que nos ayuda a obtener pago de la compañía de seguros o agencia de contabilidad o agencia de abogados que provee asesoría para nosotros para ayudarnos a mejorar nuestros servicios de cuidado médico y cumplir con la ley. En caso de que divulguemos su información médica con otros socios de negocio, nosotros tendremos un contrato por escrito con ellos para asegurarnos que dichos socios protejan la privacidad de su información médica.

2. DIRECTORIO DE PACIENTES/ FAMILIA Y AMIGOS: Podemos usar su información médica para el directorio de pacientes y podemos divulgarla de este mismo o compartirla con familia y amigos involucrados en su cuidado a menos que usted no este de acuerdo o a menos que no haya suficiente tiempo debido a alguna emergencia médica (en la cual hablaremos con usted tan pronto la emergencia pase). Cumpliremos con su deseo a menos que la ley nos indique lo contrario.

Directorio de Pacientes: Si usted no esta en desacuerdo, incluiremos su nombre, su localidad en el hospital, su condición en general (por ejemplo: buena, aceptable, crítica) y su afiliación religiosa en nuestro directorio de pacientes mientras permanezca como paciente en este hospital. Esta información, a excepción de su afiliación religiosa, podrá ser dada a cualquier gente que pregunte por su nombre. Podemos dar su afiliación religiosa a algún miembro del clérigo, aún a pesar de que ellos no sepan su nombre.

Familia y Amigos involucrados en su cuidado: Si usted no se opone, podemos compartir su información médica con algún miembro de su familia, parientes o amigos personales cercanos a usted que se encuentren involucrado en el cuidado o pago de su tratamiento. Podemos también notificar a algún miembro de su familia, representante personal o cualquier otra persona responsable por su cuidado, de la localidad y la condición general en la que usted se encuentra en este hospital, o del desafortunado evento de su muerte. En algunos casos, podemos compartir su información con organizaciones humanitarias para que nos ayuden a notificarle a los ya mencionados.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

3. **NECESIDAD PÚBLICA DICTADA POR LA LEY:** Podemos usar o divulgar su información médica, sin su autorización por escrito, a las entidades descritas a continuación. Le notificaremos de dichos usos o divulgaciones si es que la ley lo dictamina.

- Salud Pública or Autoridades Legales encargadas del control y prevención de enfermedades, actividades de lesión o incapacidad.
- Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica.
- Actividades de Supervisión de Salud.
- Administración de Alimentos y Medicamentos para el monitoreo de Productos, Reparación y Retiro de productos.
- Para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad.
- Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia o Servicios de Protección para el Presidente u otros.
- Autoridades Militares y Veteranos de Guerra.
- Instituciones Penales y Reclusos.
- Compensación para Trabajadores.
- Oficial de Investigación Forense, Médico Forense y Director de Funerales.
- Donación de Órganos y Tejidos.

Agencia de Orden Público/Diligencias Legales: Podemos divulgar su información médica a agencias de orden público dictaminado por la ley o en respuesta a una orden judicial.

Investigación: En la mayoría de los casos pediremos su autorización por escrito antes de usar o compartir su información médica con otros para fines de investigación médica. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su información médica sin autorización por escrito si es que obtenemos autorización a través de un proceso especial para garantizar el menor riesgo a su privacidad. Bajo ninguna circunstancia permitiremos que investigadores usen su nombre o identidad públicamente. Podemos también dar su información médica sin su autorización por escrito a personas que estén preparando un proyecto de investigación en el futuro, siempre y cuando la información que le identifica a usted, no salga fuera de nuestra localidad. En el evento desafortunado de su muerte, podemos compartir su información médica con personas que estén llevando a cabo una investigación médica, usando la información de personas fallecidas, siempre y cuando se comprometan a no remover ninguna información que le identifique a usted fuera de nuestra localidad.

4. **DIVULGACIONES IMPREVISTAS:** Aún cuando tomamos las medidas razonables para proteger la privacidad de su información médica, cierta divulgación de su información médica puede llegar a ocurrir o puede llegar a ser el resultado inevitable del uso permitido o divulgación de su información médica. Por ejemplo, puede ser que durante el curso de una sesión de tratamiento, otros pacientes estén en el área de tratamiento y lleguen a ver o escuchar la discusión de su información médica.

SUS DERECHOS PARA OBTENER ACCESO Y CONTROL DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos para obtener acceso y control de su información médica. Estos derechos le permiten asegurarse que su información médica esté correcta. También le permiten controlar la manera en que usamos su información y la manera en que la compartimos con otros, o la manera en que nos comunicamos con usted para tratar sus asuntos médicos.

Por favor presente una solicitud por escrito a este hospital para poder obtener acceso a estos derechos. Hágalo a la atención de Registros Médicos (Medical Records).

1. **DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR SUS REGISTROS:** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información médica que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted y de sus tratamientos, mientras tengamos la información en nuestros registros.

Dichos registros incluyen registros médicos y de cobro pero no incluyen notas psicoterapéuticas. Su solicitud para inspeccionar y copiar sus registros será contestada en un periodo de tiempo razonable determinado por la ley.

Nosotros le notificaremos por escrito en caso de que necesitemos más tiempo para responder a su solicitud de querer obtener copias, en esta notificación le explicaremos la razón por nuestra demora y cuando puede ser que reciba una respuesta final a su solicitud. Bajo muy limitadas circunstancias puede ser que le neguemos la petición de inspeccionar u obtener copias de su información, en su lugar le enviaremos un resumen de la información, así como una notificación por escrito donde explicaremos las razones por las cuales solo le estamos enviando un resumen y también una descripción de los derechos que usted tiene para pedir que esa decisión sea reconsiderada y cómo puede ejercitar dichos derechos. Si tenemos alguna razón para negarle parcialmente su solicitud entonces le daremos acceso completo al resto de la información después de haber excluido la parte que no le podemos dejar inspeccionar o copiar.

2. **DERECHO A ENMENDAR SUS REGISTROS:** Si piensa que la información médica que tenemos de usted esta incorrecta o incompleta puede pedir que enmendemos dicha información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras tengamos la información en nuestros registros. Su solicitud por escrito debe incluir las razones por las cuales piensa que debemos hacer una enmienda. Su solicitud será contestada en un periodo de tiempo razonable determinado por la ley o le notificaremos por escrito la razón por nuestra demora y cuando puede ser que reciba una respuesta final a su solicitud. Si le negamos parcialmente o totalmente su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle las razones por las cuales lo estamos haciendo. Usted tendrá el derecho de que cierta información que esté relacionada con su solicitud de enmienda pueda ser incluida en sus registros.

3. **DERECHO A UN RECUENTO DE DIVULGACIONES:** Tiene el derecho de solicitar un “recuento de divulgaciones” el cual enumera las ciertas otras personas u organizaciones con las cuales hemos divulgado su información médica de acuerdo con la ley pertinente y con las protecciones que provee este aviso. Hay una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su información médica con propósitos diferentes a su tratamiento, pago u operaciones de salud donde no se requiere que tengamos su autorización. Su solicitud hecha por escrito debe establecer el periodo de tiempo de las divulgaciones que desea que incluyamos.

4. **DERECHO A SOLICITAR PROTECCIONES DE PRIVACIDAD ADICIONALES:** Tiene el derecho a solicitar que se restrinja más a fondo la manera en que usamos y divulgamos su información médica para darle tratamiento a su condición médica, recolectar pago para ese tratamiento, o para desempeñar nuestras operaciones de negocio. También puede solicitar que limitemos la manera en que divulgamos su información con su familia o amigos que estén involucrados en su cuidado. Su solicitud hecha por escrito debe incluir (1) Cuál información es la que desea limitar; (2) Ya sea que quiera que limitar la manera en que usamos y compartimos su información con otros o no, o ambos; y (3) A quién se le deben aplicar estas limitaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud de restricción y en algunos casos puede ser que las restricciones que usted solicite no estén permitidas por la ley. *Sin embargo, en caso de que sí estemos de acuerdo, cumpliremos con nuestro convenio a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley.*

Una vez que acordemos con una restricción usted tiene el derecho de anular dicha restricción en cualquier momento. Nosotros también tenemos el derecho de anular la restricción bajo ciertas circunstancias, siempre y cuando le notifiquemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de anular la restricción.

5. **DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES:** Tiene el derecho de solicitar a que nos comuniquemos de una manera más confidencial con usted para hablar de sus asuntos médicos ya sea de una manera alternativa o en una localidad alterna. Por ejemplo, usted puede pedirnos que le contactemos en su casa en vez del trabajo. *No le pediremos la razón por la cual está solicitando eso y trataremos de hacerlo si es posible y si su solicitud es razonable.* Por favor especifique en su solicitud hecha por escrito, cómo o dónde desea que le contactemos, y la manera en que el pago por su cuidado médico se llevará a cabo si es que tenemos que comunicarnos con usted a través de éste método o localidad alterna.