



Aviso HIPAA de prácticas de privacidad
Hospice of the Chesapeake
90 Ritchie Highway, Pasadena, MD, 21122
Número gratuito: 877-462-1101 o 410-987-2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETALLADAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO, por sus siglas en inglés) y para otros fines que están permitidos o que son requeridos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información médica protegida. La "información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que podría identificarlo y que se relaciona a su salud mental o física y servicios relacionados de atención médica en el pasado, presente o futuro.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Su información médica protegida puede ser usada y divulgada por su médico, por el personal de nuestra oficina y por otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento para proporcionarle servicios de atención médica, para pagar las facturas de su atención médica, para apoyar la operación de la clínica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento:

Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye coordinar o administrar su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para garantizar que el médico cuente con la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago:

Su información médica protegida será usada, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, al obtener la aprobación para una hospitalización podría ser necesario que su información médica protegida sea divulgada al plan médico para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones de atención médica:

Podemos usar o divulgar su información médica protegida según sea necesario para apoyar las actividades de negocios de la clínica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a evaluación de la calidad, análisis de los empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licencias, recaudación de fondos y para realizar o planear otras actividades de negocios. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a los estudiantes de la facultad de medicina que atienden a pacientes en nuestra clínica. Además, podemos usar una hoja de registro en el escritorio de admisión, en donde usted deberá firmar su nombre e indicar quién es su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita e informarle sobre alternativas de tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.

CRISP:

Hemos decidido participar en el Sistema de Información Regional para nuestros Pacientes de Chesapeake, el cual es un intercambio regional de información médica que atiende a Maryland y D.C. Según lo permitido por la ley, su información médica será compartida con este intercambio para ofrecer un acceso más rápido, una mejor coordinación del cuidado y para ayudar a los proveedores y oficiales de salud pública a tomar decisiones más informadas. Usted puede escoger ser excluido voluntariamente y deshabilitar el acceso a su información médica disponible por medio de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o llenando y enviándole un formulario de exclusión voluntaria a CRISP por correo,



fax o su sitio web en www.crisphealth.org. Los reportes de salud pública e información sobre sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de Maryland (PDMP, por sus siglas en inglés) aún estarán disponibles para los proveedores.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según sea requerido por la ley, problemas de salud pública requeridos por la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de administración de alimentos y medicamentos, procesos judiciales, seguridad pública, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, investigación, actividades criminales, actividad militar y seguridad nacional, compensación para trabajadores, presos y otros usos y divulgaciones necesarios. Bajo la ley, debemos hacerle divulgaciones cuando lo solicite. Bajo la ley, también debemos divulgar su información médica protegida cuando sea requerido por la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos bajo la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y necesarios serán hechos solamente con su consentimiento, **autorización** u oportunidad para objetar a menos que sea requerido por la ley. **Usted puede revocar la autorización** en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la clínica del médico haya tomado acción basándose en el uso o divulgación indicado en la autorización.

SUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida (puede estar sujeto a cargos) – Sin embargo, bajo la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable o usada en una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, información médica protegida restringida por la ley, información relacionada con investigaciones médicas en las cuales usted ha aceptado participar, información cuya divulgación podría resultar en daños o lesiones para usted o para otra persona, o información que fue obtenida bajo la promesa de confidencialidad.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida – Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos o divulguemos ninguna parte de su información médica protegida y, bajo la ley, debemos cumplir cuando la información médica protegida concierna únicamente a un elemento o servicio de atención médica por el cual el proveedor de atención médica involucrado ha recibido el pago completo de bolsillo. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no sea divulgada a familiares o amigos que podrían estar involucrados en su atención o para fines de notificación según lo descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe incluir la restricción específica solicitada y a quien desea que aplique la restricción. Bajo la ley, usted no puede solicitar que restrinjamos la divulgación de su PHI para fines de tratamiento.

Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicación confidencial – Usted tiene derecho a solicitarnos comunicación confidencial por medios alternativos o en un lugar alternativo. Usted tiene derecho a obtener una copia de este aviso en papel, cuando lo solicite, incluso si aceptó recibir este aviso de forma alternativa como por medios electrónicos.

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a su información médica protegida – Si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y podemos preparar una refutación a su declaración, para lo cual le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones – Usted tiene derecho a recibir un informe de todas las divulgaciones, excepto para divulgaciones: según una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requeridas por la ley que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003 o seis años antes de la fecha de esta solicitud.

Usted tiene derecho a que le entreguemos una copia física de este aviso en papel incluso si aceptó recibirlo de forma electrónica. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y lo notificaremos sobre dichos cambios



en la siguiente cita. También tendremos disponibles copias de nuestro nuevo aviso si desea una.

QUEJAS

Puede quejarse con nosotros o con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentarnos una queja notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento sobre la queja. **No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.**

Bajo la ley, debemos mantener la privacidad y proporcionarles a los individuos este aviso con nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. También debemos cumplir con los términos del aviso que está actualmente en efecto. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor pida hablar en persona con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA o por teléfono en nuestro número de teléfono principal.

Por favor, firme el formulario de “Reconocimiento” que está incluido. Por favor, tome en cuenta que, al firmar el formulario de Reconocimiento, usted solamente está reconociendo que recibió o que tuvo la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.