



Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Hospicio de la Chesapeake y Afiliadas
90 Ritchie Highway, Pasadena, MD, 21122
Número gratuito 877-462-1101, o 410-987-2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe la manera en la que podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La "información médica protegida" es la información sobre usted, incluyendo la información demográfica, que pueda identificarlo y que se relacione con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, respaldar el funcionamiento del ejercicio 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 o cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico al que se lo haya referido para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarle o tratarlo.

Pago:

Se utilizará su información médica protegida, según sea necesario, para obtener el pago de los servicios de atención médica de los que hizo uso. Por ejemplo, obtener la aprobación para una hospitalización puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación del hospital.

Operaciones de atención médica:

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, evaluación de calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias, recaudación de fondos y realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de medicina que atienden pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a 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 para recordarle su cita e informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo requerido por la ley, problemas de salud pública según lo requerido por la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la administración de alimentos y drogas, procedimientos legales, cumplimiento de la ley, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, investigación, investigación criminal, actividad, actividad militar y seguridad nacional, compensación para trabajadores, reclusos y otros usos y divulgaciones requeridas. Bajo la ley, debemos hacer revelaciones a usted a solicitud suya. Según la ley, también debemos divulgar su información médica protegida cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se harán solo con su consentimiento, **autorización** u oportunidad de 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 práctica del médico haya tomado una medida de confianza en el uso o divulgación indicada en la autorización.

SUS DERECHOS

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

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida (tarifas) pueden aplicar. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia, información compilada con anticipación razonable de, o utilizada en, una acción civil o procedimiento penal o administrativo, información de salud protegida restringida por la ley, información relacionada con la investigación médica en la que usted ha aceptado participar, información cuya divulgación puede causar daños o lesiones a usted o a otra persona, o información que fue obtenido bajo una promesa de confidencialidad.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida: esto significa que puede solicitarnos que no usemos o divulguemos ninguna parte de su información médica protegida y que, por ley, debemos cumplir cuando la información médica protegida pertenece únicamente a un artículo de atención médica, o servicio por el cual el proveedor de atención médica involucrado se ha pagado de su bolsillo en su totalidad. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o con fines de notificación, como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién quiere que se aplique la restricción. Por ley, no puede solicitar que limitemos la divulgación de su PHI para fines de tratamiento.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso de parte nuestra, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso de manera alternativa, es decir, de manera electrónica.

Tiene derecho a solicitar una enmienda a su información médica protegida: si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de cualquiera de tales refutaciones.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones. Tiene derecho a recibir un informe de todas las divulgaciones, excepto las divulgaciones: conforme a una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que ocurrió antes del 14 de abril de 2003, o seis años antes de la fecha de esta solicitud.

Usted tiene derecho a obtener de nosotros una copia en papel de este aviso, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos dichos cambios en la siguiente cita. También haremos disponibles copias de nuestro nuevo aviso si desea obtener una.

QUEJAS

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Recursos Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja. **No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.**

La ley nos exige mantener la privacidad de este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad, así como proporcionarlo a sujetos, con respecto a la información médica protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente vigente. Si tiene alguna pregunta en relación con este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

Por favor firme el formulario adjunto de "Reconocimiento". Tenga en cuenta que al firmar el formulario de Reconocimiento solo está reconociendo que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Patient Name: _____

ID #: _____

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Entiendo que en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) poseo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco haber recibido o haber tenido la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo, además, que este centro tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y que puedo contactar al centro en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

De igual manera, somos partícipes del intercambio de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) del Sistema Regional de Información de Chesapeake (CRISP, por sus siglas en inglés) para compartir sus expedientes médicos con sus otros proveedores de atención médica y para otros fines limitados. Usted tiene derecho a limitar cómo su información médica es compartida. Le invitamos a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y obtener así más información sobre las políticas para compartir expedientes médicos del Sistema Regional de Información de Chesapeake (CRISP) accediendo a www.crisphealth.org

Nombre del paciente o tutor legal (en letras de molde)_____
Fecha_____
Firma

Solo para uso de oficina

Intentamos procurar un acuse de recibo escrito de nuestros Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pudimos obtenerlo debido a que:

- La persona se negó a firmar
 - Las barreras idiomáticas no permitieron obtener el acuse
 - Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse
 - Otra (Por favor especifique)
- _____

*Si el representante del paciente es quien firma, deberá incluir la documentación que designe su autoridad para firmar.