

# Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Revíselo con detenimiento.

## Sus derechos

### TIENE DERECHO A:

- recibir una copia de su historial médico en físico o electrónico;
- corregir su historial médico físico o electrónico;
- solicitar comunicación confidencial;
- solicitar que limitemos la información que compartimos;
- recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información;
- recibir una copia de este aviso de privacidad;
- elegir a alguien que actúe en su nombre;
- presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

➤ **Consulte la página 2** para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

## Sus opciones

### TIENE ALGUNAS OPCIONES EN CUANTO A LA FORMA EN QUE UTILIZAMOS Y COMPARTIMOS LA INFORMACIÓN PARA:

- contarle a sus familiares y amigos sobre su condición;
- proporcionar ayuda en casos de desastre;
- proporcionar atención de salud mental;
- proporcionar servicios de consumo de sustancias;
- recaudar fondos (solo con su permiso por escrito).

➤ **Consulte la página 3** para obtener más información sobre estas

## Nuestros usos y divulgación

### PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA:

- tratarlo;
- dirigir nuestra organización;
- facturar por sus servicios;
- ayudar con los problemas de salud y seguridad pública;
- investigar;
- cumplir con la ley;
- responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos;
- trabajar con un médico forense o director de funeraria;
- responder a demandas y acciones legales;
- atender las solicitudes de compensación (indemnización) laboral, de la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

➤ **Consulte la página 3 y 4** para obtener más información sobre estos usos y divulgaciones.

## Sus derechos

### **Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades

- **Recibir una copia electrónica o impresa de su historial médico.**
- Puede solicitar ver o recibir una copia electrónica o impresa de su historial médico y cualquier otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable acorde al costo.

#### **Solicitar la corrección de su historial médico.**

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

#### **Solicitar comunicaciones confidenciales.**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

#### **Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos.**

- Puede solicitarnos que **no** usemos ni compartamos cierta información de salud relacionada con el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si eso afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información relacionada con pagos o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Lo aceptaremos, a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

#### **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicita, con quién la compartimos y por qué.

- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable acorde al costo si solicita otra en un plazo de 12 meses.

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

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.

#### **Elegir a alguien que actúe en su nombre.**

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. *(Debe aportar documentación legal que lo compruebe).*
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

#### **Presentar una queja si siente que se violan sus derechos.**

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros y utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201, o visitando el sitio web [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### **Sus opcione**

#### **Para cierta información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que**

**compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

#### **En estos casos, tiene el derecho y la posibilidad de indicarnos lo que hagamos:**

- compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención;
- compartir información en caso de desastre.
- **Recordatorios de citas:** A menos que nos dé instrucciones alternativas, podemos enviarle recordatorios de citas y otros materiales similares a su hogar.

*Si no puede decirnos su preferencia porque, **por ejemplo**, está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

#### **En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:**

- fines de marketing;
- venta de su información;
- mayor intercambio de notas de psicoterapia.

#### **En el caso de recaudación de fondos:**

- Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede indicarnos que no nos volvamos a comunicar con usted.

## ¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?

Solemos utilizar o compartir su información de salud de las siguientes maneras.

### **Tratarlo**

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén tratando (con excepción de los casos de abuso de sustancias y VIH, para los que se requiere autorización).

*Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

### **Dirigir nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información de salud para gestionar nuestra consulta, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

### **Facturar por sus servicios**

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

**Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>**

### **Ayudar con los problemas de salud y seguridad pública**

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones como:

- prevención de enfermedades;
- ayuda con el retiro de productos del mercado;
- notificación de reacciones adversas a los medicamentos;
- denuncias de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

### **Investigar**

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

### **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

### **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

### **Atender las solicitudes de compensación (indemnización) laboral, de la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- para reclamaciones de compensación laboral;
- para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley;
- con órganos de control de la salud para las actividades autorizadas por la ley;
- para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

## Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pudiera haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita en este documento, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indicara que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>

## Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos 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.

## Otras instrucciones del aviso

- Fecha de entrada en vigencia de este aviso: **23/09/2013, revisado el 16/01/2023**
- Oficial de privacidad: Valerie Simons, RHIA  
503 Farrell Drive, Covington, KY 41011 ([valerie.simons@northkey.org](mailto:valerie.simons@northkey.org)) / 859-578-3200  
Oficial de seguridad: James Brun –  
502 Farrell Drive, Covington, KY 41011 ([Jim.Brun@northkey.org](mailto:Jim.Brun@northkey.org)) / 859-578-3200
- **Según el Reglamento Federal 42 del CFR, Parte 2:** “Nunca compartiremos ningún registro de tratamiento por abuso de sustancias sin su permiso por escrito”, con excepción de lo que permiten los reglamentos, consulte a continuación.
- **Usos y divulgaciones de PHI de registros de alcohol y otras drogas que no requieren consentimiento o autorización:** La ley establece que podemos usar o divulgar su PHI de registros de alcohol y otras drogas sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:
  - **Cuando lo exija la ley:** Podemos divulgar su PHI cuando una ley exija que proporcionemos información sobre sospechas de abuso y negligencia infantil, o cuando se ha cometido un delito en las instalaciones del programa o contra el personal del programa, o en respuesta a una orden judicial.
  - **En relación con personas fallecidas:** Podemos divulgar su PHI relacionada con la muerte de una persona si la ley estatal o federal requiere la información para la recopilación de estadísticas vitales o la investigación de la causa de la muerte.
- **Con fines de auditoría o evaluación:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI con fines de auditoría o evaluación.
- **Intercambio de información de salud:** Con el objetivo de favorecer la mejor atención posible entre todos sus proveedores, habrá ocasiones en las que cierta información básica se enviará de un proveedor a otro a través de una comunicación electrónica segura. La información enviada o recibida incluirá solo componentes esenciales de su diagnóstico y tratamiento. Este intercambio de información tiene como objetivo garantizar que su atención sea constante y que sus proveedores estén bien informados en todos los ámbitos. Este intercambio electrónico seguro no requiere su consentimiento, pero podemos eximirlo del intercambio si así lo solicita. Si tiene dudas sobre el intercambio electrónico seguro de información, puede hablar con su proveedor.