



AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD  
(HIPAA por sus siglas en Ingles)  
Fecha de vigencia: 14 de Abril, 2003  
Modificado 1º de mayo, 2008  
1º de septiembre, 2009 y 1º de abril, 2010  
(Notice of Privacy Practices- HIPAA)  
Fecha de vigencia: 23 de septiembre, 2013

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEALO CUIDADOSAMENTE.**

**Convenio Organizado del Cuidado de la Salud.** St. Elizabeth Healthcare participa en un ambiente integrado de asistencia médica, en el cual los pacientes generalmente reciben atención médica de parte de más de un proveedor de asistencia médica. Este tipo de acuerdo es conocido como Convenio Organizado de Asistencia Médica (OHCA) por sus siglas en Ingles, que se encuentra bajo las leyes federales que gobiernan la privacidad de la información sobre la asistencia médica del paciente. Esto quiere decir que cuando usted recibe servicios médicos en el St. Elizabeth Healthcare, usted puede recibir ciertos servicios profesionales de parte de doctores en nuestro Personal Médico, residentes, y/o estudiantes médicos que son profesionales independientes y no empleados o agentes del St. Elizabeth Healthcare. Estos profesionales independientes han acordado regirse a los términos de esta notificación cuando proveen sus servicios en el St. Elizabeth Healthcare. Por lo tanto esta notificación se aplica a toda la información de sus servicios médicos que se crea o recibe como resultado de ser un paciente en el St. Elizabeth Healthcare. Sin embargo, esta Notificación no aplica a los profesionales independientes en sus consultorios privados. Por lo tanto usted recibirá otras Notificaciones de Privacidad de Servicios Médicos cuando visite los consultorios privados de estos profesionales.

**¿Quién se registrará por esta Notificación?** Las practicas de privacidad serán acatadas por cualquier profesional de servicios médicos que le ofrezca tratamientos en cualquiera de nuestras localidades, por todos los departamentos y unidades de nuestra organización, (incluyendo todas las unidades y departamentos que se encuentren fuera de nuestro campus) y por todos los empleados, asociados, personal y voluntarios de nuestra organización.

**Nuestra promesa a usted.** Nosotros entendemos que su información médica es muy personal. Nos dedicamos a proteger su información médica. Hemos creado un expediente de los cuidados y servicios que usted recibe para ofrecerle un servicio de buena calidad y para cumplir con los requisitos legales. Esta notificación se aplica a todos los expedientes que nosotros mantenemos de sus servicios médicos que hayan sido creados por nuestro personal de facultad, o por su doctor personal. Su doctor personal puede adoptar pólizas o notificaciones diferentes concernientes al uso o divulgación de su información médica que haya sido iniciada en el consultorio del doctor

**Propósito.** La ley requiere que mantengamos toda su información médica bajo privacidad, que le entreguemos esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, concernientes a su información médica y que cumplamos con los términos de la notificación que esta actualmente bajo vigencia.

**Cambios a esta Notificación.** Podemos cambiar nuestras pólizas en cualquier momento. Los cambios aplican a información existente al igual que a la nueva información después de que ocurran los cambios. Si hacemos un cambio material en nuestra pólizas, que afecten a esta notificación, modificaremos nuestra notificación y lo publicaremos en nuestras instalaciones al igual que lo publicaremos en nuestra Web [www.stelizabeth.com](http://www.stelizabeth.com). Usted puede solicitar una copia de la notificación más reciente en cualquier momento. La fecha de vigencia se encuentra debajo del encabezado. Se le ofrecerá una copia de la notificación cada vez que se registre en nuestras instalaciones. También se le pedirá que acuse recibo por escrito de esta notificación.

**Como podríamos utilizar y divulgar su información medica.** En algunas circunstancias, nosotros tenemos derecho a usar o divulgar su información medica sin obtener su autorización por escrito. Estos son algunos de los ejemplos de esas circunstancias:

**Tratamiento.** Usaremos y divulgaremos su información médica por propósitos de tratamientos, a los doctores, enfermeras, técnicos y otros proveedores de servicios médicos en acuerdo con la Autorización y Relevo de Obligación Médica que usted nos firmó y entregó. Podemos hacer que la información sobre su salud disponible para los profesionales médicos que lo tratan a través de un sistema de registros médicos electrónicos. Por ejemplo si un doctor lo está tratando en nuestro hospital, por la quebradura de una pierna, el podría necesitar saber si usted es diabético, porque la diabetes puede atrasar el proceso de curación. Una enfermera o consejero de diabetes podrían discutir esta condición médica con su doctor.

**Pagos.** Utilizaremos y divulgaremos su información medica a como sea necesario por propósitos de pagos, en acuerdo con la Autorización y Relevo de Obligación Médica que usted nos firmó y entregó. Por ejemplo, le podríamos facilitar información a su compañía de seguros médicos concerniente a su tratamiento medico para acordar pagos por los servicios proveídos a usted o podríamos utilizar su información para preparar un cobro que se le enviará a usted o al la persona responsable por sus pagos. Podemos utilizar y divulgar su información medica a otra entidad o proveedores de servicios médicos para los pagos de la entidad que reciba la información., Por ejemplo le podemos enviar información a la compañía de ambulancias que lo trajo al hospital para que ellos preparen su cobro ya sea para usted o su compañía de seguros médicos por el uso del servicio de ambulancia.

**Operaciones de Servicios Médicos.** Podríamos utilizar y divulgar su información medica para apoyar nuestras operaciones de servicios médicos. Por ejemplo, podríamos utilizar y divulgar su información medica para la revisión de nuestros servicios y la evaluación del rendimiento de nuestro personal. También podríamos utilizar y divulgar su información médica par obtener una consulta médica en referencia a sus servicios y tratamientos.

**A no ser que usted nos indique lo contrario, mientras que usted sea un paciente en nuestras instalaciones, pondremos su nombre en el directorio de pacientes, su ubicación en el hospital y su condición general (en términos como “delicado” o “bien”). Le ofreceremos esta información a todo aquel que pregunte por usted por nombre. Su afiliación religiosa se les divulgará solamente a miembros del clérigo aunque no lo pidan utilizando su nombre. Si**

usted no quiere que divulguemos esta información, por favor comuníquese a la persona que lo registra y/o en la oficina de admisiones.

A no ser que usted nos indique lo contrario, podremos divulgarle su información médica a miembros de la familia, amigos, u otras personas a quien usted haya identificado como participantes en sus cuidados médicos. Si un miembro o amigo de la familia se encuentra presente mientras se le estén administrando los servicios médicos, nosotros asumiremos que usted está de acuerdo que sus acompañantes escuchen las discusiones que se lleven a cabo, a no ser que usted nos indique lo contrario. En una situación de desastre, se podrá divulgar información de salud revelante a las organizaciones de ayuda para damnificados de catástrofes para ayudarlos a localizar a miembros o amigos de su familia o para informarles de su ubicación, condición o muerte.

Podremos divulgar información médica sobre usted por propósitos de **recolección de fondos** a beneficio de nuestras instalaciones a no ser que usted nos indique lo contrario. También nos podremos poner en contacto con usted para recordarle sus citas o para informarle o recomendarle sobre **posibles opciones de tratamiento y otros servicios o beneficios relacionados con la salud** que le puedan interesar a usted.

Con sujeción a ciertos requisitos se nos **permite o requiere por la ley** que hagamos otros ciertos usos y divulgaciones de su información medica sin obtener su autorización previa.

Por ejemplo, si sospechamos negligencia o abuso infantil, si nosotros creemos que usted pueda ser **victima de abuso, negligencia o violencia domestica**, y a como lo requiere la ley reportaremos heridas, lesiones y crímenes. Podemos divulgar su información médica por **propósitos de salud pública**, tales como el reporte de nacimientos, muertes y reportes de información para prevenir y controlar enfermedades. Podríamos divulgar su información medica a una agencia de salud como el Departamento de Salud y Servicios Humanos por **actividades de supervisión de cuestiones de salud** incluyendo pero no limitadas a, llevar a cabo una auditoria o inspección de nuestras instalaciones. También les podremos divulgar su información médica a los **médicos forenses y directores de funerarias**, al igual que **agencias de donaciones de órganos** (para facilitar la donación y transportación de órganos y tejidos

Podríamos divulgar su información médica para propósitos de **compensación laboral** si usted ha sido lesionado en su trabajo. Podríamos divulgar su información médica cuando se **permita o requiera por ley**, como en respuesta a una solicitud de las **fuerzas públicas** en circunstancias específicas o en respuesta a órdenes validas de tipo judicial, administrativo o de los tribunales. Podríamos divulgar su información medica en ciertas **emergencias** o para **desviar o desminuir una seria amenaza a la salud y seguridad** de un individuo o del publico Podríamos divulgar su información medica si usted es miembro del servicio militar a como es requerido por el servicio de fuerzas armadas o si fuese necesario por el departamento de **seguridad nacional o actividades de inteligencia**. También podríamos divulgar su información médica por propósitos de **estudios médicos** cuando tal uso haya sido aprobado por un Panel Institucional de Revisiones.

**Para el Intercambio de Información de la Salud.** Podemos participar en uno o más intercambios de información de salud (HIE) y podemos compartir su información de salud electrónicamente para propósitos de operaciones de tratamiento, pago y atención médica con otros participantes en el HIES. Los HIEs permiten que sus profesionales de la salud tengan acceso eficiente y utilicen su información médica pertinente necesaria para otros propósitos legales y tratamiento. Por ejemplo, podemos participar en proyectos de mejora de la calidad con el Greater Cincinnati Health Council, HealthBridge, Inc. y / o de la Collaborative Health Improvement of Greater Cincinnati en un esfuerzo por mejorar la atención y el tratamiento relacionado con ciertas enfermedades como la diabetes del adulto y el asma pediátrica. Si no opta por este intercambio de información, podemos proporcionar su información de salud a los HIEs en los que participamos, de conformidad con la ley aplicable.

**Otros usos de la información medica.** La mayoría de los usos y revelaciones de las notas de psicoterapia (en su caso), uso y divulgación de información de salud protegida con fines de venta, y las revelaciones que constituyen una venta de información de salud protegida requieren su autorización por escrito. En cualquier otra situación que no este cubierta por esta notificación, nosotros debemos recibir su autorización por escrito antes de utilizar o divulgar su información medica. Si usted decide autorizar el uso o divulgación de su información médica, usted tiene el derecho a revocar esa autorización notificándonos de su decisión por escrito.

#### **Sus derechos en relación a su información médica**

En la mayoría de los casos usted **tiene derecho a recibir una copia y/o inspeccionar la información medica** que nosotros tenemos sobre usted cuando lo solicite por escrito. Después de la solicitud inicial de una copia, podemos hacer un cobro por el costo de la impresora, estampillas y otros costos relacionados con materiales. Si se le negara su solicitud, usted puede solicitar por escrito una evaluación de esta decisión. En algunas circunstancias, otro proveedor profesional de servicios de salud, elegido por St. Elizabeth Healthcare, puede evaluar su solicitud y rechazo. La persona que conduzca esta evaluación, no será la misma que negara su solicitud. Nosotros acataremos la decisión de esta evaluación. Sin embargo en algunas circunstancias, nuestra negación a su petición de inspeccionar o recibir copias de su información, no esta sujeta a una revisión.

Usted tiene el derecho a requerir que nosotros modifiquemos su información médica, entregando una petición por escrito que ofrezca las razones por las cuales usted requiere dicha modificación. Nosotros tenemos el derecho de rehusar tal solicitud si la información no fue creada por nosotros, si no es parte de la información médica que nosotros mantenemos, si nos es parte de la información que se le permite inspeccionar o copiar o si en nuestra opinión ese expediente está correcto. Si se le niega la solicitud, le proveeremos con un documento escrito que especifica la razón por la cual se le niega, con las instrucciones en como someter un documento por escrito de su desacuerdo. Si usted no somete unos documentos por escrito de su desacuerdo, usted puede solicitar que su solicitud para una modificación de información medica y la negación de la misma, sea ofrecida con sus expedientes cada vez que haya una divulgación de su información medica

**Usted tiene derecho a una lista de todas las ocasiones cuando hayamos divulgado su información médica**, cuando la solicite por escrito. Esta lista no incluirá: divulgaciones hechas por tratamientos, pagos, u operaciones de servicios médicos; divulgaciones que fueron hechas a usted directamente; divulgaciones que fueron hechas con su consentimiento por escrito; divulgaciones para el directorio de las instalaciones; a personas relacionadas con sus cuidados médicos; divulgaciones hechas a instituciones correccionales y por otros propósitos a las instituciones de

fuerzas publicas. La solicitud debe de demostrar la época de los acontecimientos que se requieren, la cual debe de ser de no más de un periodo de 6 años y debe de haberse iniciado después del 14 de Abril del 2003. Usted puede recibir la lista por escrito o electrónicamente. La primera lista de divulgaciones que se solicite en un periodo de 12 meses es gratis. Se proveerán solicitudes adicionales por un costo extra. Se les informará antes de cobrarles.

Usted también tiene el derecho a ser notificado si ocurre una violación de información médica sobre usted a causa de no haber sido protegido adecuadamente.

Si esta notificación le fue enviada electrónicamente, usted tiene **derecho a recibir una copia por escrito de esta Notificación.**

**Usted tiene el derecho a solicitar que toda la información sobre usted sea comunicada de una manera confidencial**, como enviándole el correo a un apartado postal en vez de su casa, notificándonos por escrito de la manera específica o localidad que nosotros podamos utilizar para comunicarnos con usted. No le preguntaremos la razón por la que lo solicite. Consideraremos todas las solicitudes razonables, pero talvez no podamos complacer su solicitud.

**Puede solicitar por escrito que no utilicemos ni divulguemos información médica sobre usted** para propósitos de tratamiento, pago, u operaciones relacionadas con su atención médica o con las personas que participan en su cuidado, excepto cuando usted lo autorice de manera específica, cuando la ley lo requiera o en casos de emergencia. Si el propósito de la divulgación es cubrir el pago del plan de salud u operaciones relacionadas con su atención médica, usted tiene derecho a restringir la divulgación de su información a su plan de salud por concepto de los servicios de atención médica que le brindamos y por los que usted haya pagado directamente el costo total. No estamos obligados a conceder otro tipo peticiones. Si aceptamos, cumpliremos con su petición, salvo que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia..

**Todas la solicitudes por escrito o apelaciones deberán ser dirigidas a nuestro HIPAA Privacy Officer at St. Elizabeth Healthcare, atención HIPAA Privacy Officer, 1 Medical Village Dr., Edgewood, KY 41017.**

### **Quejas**

Si usted esta preocupado que sus derechos de privacidad han sido violados o si usted esta en desacuerdo con alguna decisión que nosotros hayamos tomado sobre el acceso a sus expedientes, usted puede someter una queja por escrito con nuestro oficial de privacidad (abajo mencionado) Finalmente usted puede enviar una queja por escrito al U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. Nuestro Oficial de Privacidad le puede otorgar la dirección. Bajo ninguna circunstancia, será usted penalizado o castigado por someter una queja.

### **Oficial de Privacidad**

Si usted tiene alguna pregunta, o necesita ayuda adicional concernientes con esta Notificación, por favor póngase en contacto con HIPAA Privacy Officer at St. Elizabeth Healthcare, 1 Medical Village Dr., Edgewood, KY 41017, (859) 301-5580.