

# AVISO CONJUNTO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

*de parte del*

## Sistema de la Salud de Southern Regional y los Doctores de la Planilla Médica Suva

*y el*

### Hospital de Southern Crescent for Specialty Care y los Doctores de la Planilla Médica Suva

**ESTE AVISO LE DESCRIBE A UD. CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR O DISTRIBUIR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE UD. Y CÓMO UD. PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEERLO MUY BIEN.**

Como proveedores de cuidado médico, *Southern Regional Health System* y *Southern Crescent Hospital for Specialty Care* (de aquí en adelante nombrados los “Hospitales”) y los doctores de ambas planillas médicas (los “Doctores”) (Como participantes en esta Política de Privacidad, se les refiere a los dos de aquí en adelante como los “Participantes”) usan la información médica confidencial y personal sobre los pacientes al recibir el cuidado médico en los Hospitales, a la cual se refiere de aquí en adelante como información médica protegida (“IMP”). Los Participantes protegen la privacidad de esta información obtenida y mantenida mientras los pacientes reciben el cuidado médico en los Hospitales, y también la información de IMP está protegida de la revelación por las leyes estatales y federales. En ciertas circunstancias específicas, en el cumplimiento de este Aviso de la Política de Privacidad (“Aviso”), de la autorización del paciente, o de las leyes aplicables, la IMP podrá ser usada o revelada por los Participantes a otras entidades. A continuación aparecen distintas categorías que describen estos usos y revelaciones, y algunos ejemplos para ayudarle a Ud. a entender mejor cada categoría.

**Los usos y revelaciones para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico.** Como descrito en detalles más abajo, los Participantes pueden usar o revelar su IMP con el propósito de proporcionarle el tratamiento, de recibir el pago por este cuidado médico y en el curso de las operaciones normales relacionadas con el cuidado médico, descritas en más detalle más abajo, sin obtener una autorización por escrito de Ud.. Los Participantes harán todo lo posible en hacer un esfuerzo de buena fe para obtener de sus pacientes o de los representantes de los pacientes un acuse de recibo por escrito de este Aviso, el cual describe los usos y las revelaciones de su IMP.

**Para el tratamiento.** Los Participantes pueden usar y revelar la IMP durante el curso de proveer, coordinar, o dirigir su cuidado médico, incluyendo la revelación de su IMP para las actividades de tratamiento de parte de otro proveedor de cuidado médico. Estas clases de usos y revelaciones podrían tener lugar entre los Doctores quienes son miembros del personal médico de los Participantes, los grupos de práctica con quienes ha contratado el Hospital como proveedores, las enfermeras, los técnicos, los estudiantes de medicina, y otros profesionales de cuidado médico que le provean a Ud. su cuidado médico o que estén de una manera u otra involucrados en cuidado médico en el Hospital. Por ejemplo, si mientras Ud. sea un(a) paciente en los Hospitales, el/la doctor(a) que le atiende le refiere a un(a) especialista, los Participantes podrán revelar su IMP al/a la doctora especialista con quien ha consultado su doctor(a) de cabecera relevante a su cuidado médico. Además, los Participantes podrían revelar su IMP a las enfermeras y a otros profesionales de cuidado médico en los Hospitales que le ayuden en su cuidado médico. Mientras se requiere que los doctores del personal médico de los dos Hospitales sigan este Aviso y que observen las pautas y políticas de privacidad del Hospital, todos son profesionales independientes en vez de ser empleados de los Hospitales, y los Hospitales definitivamente deniegan aceptar cualquier responsabilidad de los actos u omisiones de ellos.

**Para el pago.** Los Participantes pueden usar y revelar la IMP para facturar y pasarle la cuenta a Ud. y recibir el pago por los servicios de cuidado médico que Ud. recibió. Por ejemplo, los Participantes podrían necesitar darle la IMP a su compañía de seguro médico para que ellos les reembolsen a los Participantes por los servicios que recibió Ud. Los Participantes también pueden revelar la IMP a sus asociados comerciales, tales como las compañías de cuentas, compañías del proceso de reclamaciones, y cualquier otra compañía que especialice en las reclamaciones de cuidado médico. Los Participantes pueden también revelar la IMP a otros proveedores de cuidado médico y a los planes de seguro médico para las actividades de esos proveedores de facturar y recibir pago.

**Para las operaciones de cuidado médico.** Los Participantes pueden usar y revelar la IMP como parte de sus operaciones, incluyendo la evaluación de la calidad y el mejoramiento, tal como evaluar el tratamiento y los servicios que Ud. ha recibido y el rendimiento de nuestro personal al cuidarle a Ud.,

para la capacitación y entrenamiento del proveedor, las actividades de asegurar, las actividades de conformidad y la supervisión de los riesgos, la planificación y el desarrollo, la gerencia, y la administración del hospital. Los Participantes pueden revelar la IMP a los doctores, a las enfermeras, a los técnicos, a los estudiantes, a los abogados, a los consultantes, a los contadores, y a otras personas con el propósito de repasar y del aprendizaje, para asegurar que los Participantes estén cumpliendo con todas las leyes aplicables, y para ayudarles a los Participantes a continuar a proveerles a sus pacientes una calidad de cuidado médico de un nivel alto. Los Participantes también pueden revelar la IMP a otros proveedores de cuidado médico y a las compañías de seguro médico para la evaluación de la calidad y las actividades de mejoramiento, la acreditación y las actividades de colaboración entre colegas, y la detección del fraude o del abuso o la conformidad, con tal de que esa entidad tenga, o haya tenido en el pasado una relación con el(la) paciente de quien se trata esta información.

**Excepciones a los requisitos de este Aviso.** A pesar de los reglamentos generales explicados más arriba, los Participantes podrían, bajo ciertas circunstancias, usar o revelar su IMP sin darle a Ud. por adelantado este Aviso para realizar un tratamiento, recibir el pago, o para las operaciones de cuidado médico. Por ejemplo, una situación de emergencia u otra situación semejante que pueda impedir que los Participantes le den a Ud. una copia de este Aviso antes de comenzar a tratarle a Ud., y en este caso, se le dará este Aviso a Ud. tan pronto como sea razonable y práctico hacerlo después del tratamiento en una situación de emergencia. En algunos casos se les autorizan a otras personas para acusar recibo de este Aviso por el/la paciente.

#### **Otros usos y revelaciones por los cuales no es necesaria la autorización.**

Además de usar y revelar la IMP para el tratamiento, el pago y las operaciones de cuidado médico, Los Participantes pueden usar y revelar la IMP sin obtener su permiso por escrito bajo las siguientes circunstancias:

**Si es mandado por la ley o agentes de la ley.** Los Participantes pueden usar o revelar la IMP cuando se nos requiere hacerlo la ley aplicable. Los Participantes también pueden revelar la IMP cuando nos manda hacerlo un procedimiento judicial o administrativo, para identificarle o colocarle a un sospechoso, a un fugitivo, a un testigo material, a una persona desaparecida, cuando la herida es por causa de un balazo u otras causas violentas, o si se trata de una conducta criminal, para hacer un informe de un crimen, de la localidad de un crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción, o localidad de una persona responsable de un crimen, o para otros propósitos relacionados con el cumplimiento de la ley por los agentes de la ley.

**Por razones relacionadas con las actividades de la salud pública o los riesgos a la salud pública.** Los Participantes pueden usar y revelar la IMP a los oficiales del gobierno encargados de investigar los nacimientos y las muertes, prevenir y controlar la enfermedad, informarse del abuso o abandono de los niños y de otras personas víctimas del abuso, abandono, o la violencia doméstica, de las reacciones negativas a los medicamentos, o de los defectos de o problemas con los productos, o para informarle a una persona de que es posible que haya sida expuesta a una enfermedad infecciosa o que tenga un riesgo de contraer o propagarse una enfermedad o condición médica.

**La supervisión de las actividades relacionadas con la salud.** Los Participantes pueden revelar la IMP al gobierno para las actividades de supervisión autorizadas por la ley, por ejemplo, la preparación de los informes de auditoría, las investigaciones, las inspecciones, y la autorización o permiso legal para ejercer la medicina o ejecutar actos sólo permitidos a médicos, y para otros procedimientos, acciones, o actividades necesarios para que el gobierno pueda monitorear el sistema de cuidado médico, los programas del gobierno, y la conformidad con las leyes de derechos civiles.

**Los Coroners, examinadores médicos, y los directores de funeraria.** Los Participantes pueden usar y revelar la IMP a los *coroners* (jueces de instrucción o funcionarios encargados de investigar las causas de las muertes violentas, repentinas, o sospechosas), a los examinadores médicos,

y a los directores de funeraria, para el propósito de identificarle a un difunto, de determinar la causa de la muerte, o si es necesario hacerlo para que ellos puedan realizar sus responsabilidades de cumplir con la ley aplicable.

Los donativos de órganos, de ojos, y de tejidos corporales. Los Participantes pueden usar y revelar la IMP a las organizaciones responsables del procreo y la facilitación de las trasplantaciones y donativos de los órganos, los ojos, o los tejidos del cuerpo.

La investigación. Bajo ciertas circunstancias, los Participantes puede usar y revelar la IMP para el propósito de la investigación científica médica.

Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad. Los Participantes pueden usar y revelar la IMP a los oficiales de la ley o a otras personas apropiadas, para evitar o disminuir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona o del público.

Las funciones especializadas del gobierno. Los Participantes pueden usar y revelar la IMP sobre el personal militar y los veteranos de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Los Participantes también puede usar y revelar la IMP a los oficiales federales autorizados para la inteligencia, la contrainteligencia, y otras actividades para mantener la seguridad nacional, y para proporcionarles al Presidente o a otras personas autorizadas o a líderes de países extranjeros los servicios protectores, o para conducir investigaciones especiales.

La compensación para trabajadores. Los Participantes pueden revelar la IMP para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores u otras leyes semejantes. Estos programas proporcionan beneficios en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Las actividades de recaudar fondos. Su IMP podría ser empleado para poder ponerse en contacto con Ud. para recaudar fondos para los Hospitales. Se puede revelar su IMP a una agencia relacionada con los Hospitales. Se limitará esta revelación a su información de contactarse, tal como su nombre, su dirección y su número de teléfono, y las fechas cuando Ud. recibió el tratamiento o los servicios en el *Los Participantes*. El dinero recaudado como resultado de esta actividad sería usado para expandir y apoyar a los Hospitales en proveer el cuidado médico y los servicios de cuidado médico a la comunidad. Si Ud. no desea que le contacten a Ud. como parte de estas actividades de recaudar fondos, por favor póngase en contacto con los Hospitales por escrito.

Para recordarle de las citas; los beneficios y servicios relacionados con la salud; la mercadotecnia. Los Participantes pueden usar y revelar su IMP para ponerse en contacto con Ud. y recordarle de su cita en uno de los hospitales o en la oficina de uno de los doctores, o para informarle a Ud. de las alternativas de tratamiento o de otros beneficios o servicios relacionados con la salud que quizás le interesen a Ud., tales como los programas de controlar las enfermedades. Los Participantes pueden usar y revelar la IMP para animarle a Ud. a comprar o a usar un producto o servicio por medio de una comunicación cara a cara o por regalarle a Ud. algo de valor nominal.

Revelaciones a Ud. o para las investigaciones de cumplimiento de HIPAA. Los Participantes pueden usar y revelar la IMP a Ud. mismo(a) o a su representante personal, y se nos requiere hacerlo en ciertas circunstancias descritas más abajo relevantes a sus derechos de acceso a su IMP y a revisar ciertas revelaciones ya hechas de su IMP. *Los Participantes* debe revelar su IMP al Secretario del Departamento de los Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos (el "Secretario") cuando se nos pide hacerlo para investigar el cumplimiento de *Los Participantes* con los reglamentos de privacidad implementados bajo el acta federal de 1996 *Health Insurance Portability and Accountability* ("HIPAA").

Usos y revelaciones sobre los cuales Ud. podrá tener la oportunidad de protestar. Ud. tendrá la oportunidad de protestar estas categorías de usos y revelaciones de su IMP que posiblemente hagan los Hospitales:

Los directorios de pacientes. A menos de que lo proteste Ud., los Hospitales pueden usar y revelar la IMP para mantener un directorio de los individuos en su facilidad. Esta información podría incluir su nombre, su localidad dentro de la facilidad, su condición médica general (por ejemplo, satisfactoria, estable, etc.), y su afiliación

religiosa, y esta información podría ser revelada a los cleros. Con la excepción de la información religiosa, se puede revelar esta información a cualquier otra persona que pregunte por usted.

Las revelaciones a los individuos involucrados en su cuidado médico o en el pago por su cuidado médico. A menos de que lo proteste Ud., los Participantes podría revelar su IMP a un miembro de su familia, a otros parientes suyos, a un(a) amigo(a), o a otra persona a quien Ud. le identifique como persona involucrada en su cuidado médico o el pago por su cuidado médico. Los Participantes también podrían notificarles a estas personas en cuanto a su localidad o su condición médica.

Otros usos y revelaciones de la IMP que requieren su autorización. Se usará o revelará otras clases de IMP no mencionadas más arriba solamente con su autorización por escrito, la cual podrá Ud. revocar por escrito con algunas restricciones.

Los requisitos reguladores. La ley requiere que los Participantes mantengan la privacidad de su IMP, que les provea a los individuos un aviso de sus responsabilidades legales y la política de privacidad con respecto a la IMP, y que cumpla con los requisitos de este Aviso. Los Hospitales reservan el derecho a cambiar las condiciones de este Aviso y de su política de privacidad, y a hacer que esos cambios sean aplicables en cuanto a toda la IMP que mantenga. Antes de hacer un cambio importante en cuanto a su política de privacidad, los Hospitales corregirán este Aviso y pondrá un Aviso nuevo en las entradas de pacientes de los Hospitales. Ud. tiene los derechos siguientes en cuanto a su IMP:

Ud. puede pedir que los Hospitales restrinjan el uso y la revelación de su IMP. Los Hospitales no están requeridos a cumplir con cualquier restricción que Ud. pida, pero si es que sí lo hace, seguirá completamente todas las restricciones de su pedido excepto en casos de emergencia.

Ud. tiene el derecho a pedir que las comunicaciones de su IMP entre Ud. y los Hospitales sean por un medio u otro, o solamente en localidades específicas. Por ejemplo, podrá pedir que las comunicaciones tengan lugar en su lugar de empleo, o por correo electrónico y no correo postal. Se debe hacer los pedidos por escrito y enviarlos al Departamento de Servicios de Información sobre la Salud. Los Hospitales podrán cumplir con sus pedidos razonables sin que Ud. explique las razones por este pedido.

Por lo general, Ud. tiene el derecho a inspeccionar o revisar y a copiar la IMP que mantienen los Hospitales, con tal de que Ud. haga su pedido por escrito al Departamento de Servicios de Información sobre la Salud. Dentro de los treinta (30) días de recibir su pedido (a menos de que se lo extiendan a treinta (30) días más), Los Hospitales le dirán a Ud. si su pedido ha sido aceptado o no, y hasta qué punto fue aceptado. En algunos casos, Los Hospitales le pueden dar un resumen de la IMP pedida si Ud. está de acuerdo por adelantado con un resumen y con cualquier cuota relacionada con este pedido. Si Ud. pide copias de su IMP o está de acuerdo con recibir un resumen de su IMP, los Hospitales podrían cobrar una cuota razonable por copiarla y enviarla por correo, y cualquier otro costo relacionado con su pedido. Si los Hospitales le niegan a Ud. el acceso a su IMP, le proveerán a Ud. una explicación de la base de la denegación, junta con una de su oportunidad de obtener una evaluación de la denegación por parte de un profesional de cuidado médico licenciado (que no estaba involucrado en la decisión preliminar de negación) nombrado como un oficial de repaso. Si los Hospitales no mantienen la IMP que Ud. ha pedido pero sí sabe dónde está localizada esa IMP, le dirán a Ud. cómo redirigir su pedido.

Si Ud. piensa que la IMP mantenida por los Hospitales contiene un error o que necesita corregirla, Ud. tiene el derecho a pedir que los Hospitales la corrijan o que agreguen cierta información a la IMP. Su pedido debe de estar por escrito al Departamento de Servicios de Información sobre la Salud, y dentro de esta carta tiene que explicar por qué pide una enmienda a su IMP. Dentro de los sesenta (60) días después de recibir su pedido (a menos de que se extienda este período de tiempo por treinta (30) días más) los Hospitales le dirán a Ud. si su pedido ha sido aceptado o no, y hasta qué punto fue aceptado. Por lo general los Hospitales podrán negar su pedido si este pedido está relacionado con la IMP que: (i) no crearon los Hospitales; (ii) no es parte del archivo médico suyo mantenido por los Hospitales; (iii) no es sujeta legalmente a la inspección de un paciente; o (iv) ya es correcta y completa. Si se le niega su pedido a Ud., los Hospitales le darán una negación por escrito que le explicará la razón por la cual fue negado su pedido, y sus derechos a: (i) hacer una declaración en contra de la negación; (ii) o si no hace Ud. una declaración de protestar, que podrá pedir que se le

adjunte con cualquier otra revelación de la IMP relevante en el futuro una copia de su pedido y la negación de los Hospitales; y, (iii) quejarse de esta negación. Por lo general Ud. tiene el derecho a pedir y a recibir una lista de todas las revelaciones de su IMP que han hecho los Hospitales durante los últimos seis (6) años antes de la fecha de su pedido (con tal de que esta lista no incluya las revelaciones hecha antes del 14 de abril de 2003). Se debe hacer una petición sobre las revelaciones de la información médica mantenida en la oficina del doctor(a) directamente con el/la doctor(a). La lista no incluirá una revelación de la cual ya ha aprobado Ud. por su autorización escrita, y no incluye ciertos usos y revelaciones ya cubiertos por las aplicaciones de este Aviso, tales como: (i) el tratamiento, le pago, y las operaciones del cuidado médico; (ii) las que ya se han hecho a Ud. mismo(a); (iii) para el directorio de pacientes de los Hospitales o las personas involucradas en su cuidado médico; (iv) para la seguridad nacional o los propósitos de la inteligencia; o (v) a las instituciones de correcciones o a los oficiales de la ley. Ud. debe hacer cualquier pedido al Departamento de Servicios de Información Sobre La Salud, y dentro de los sesenta (60) días después de recibir su pedido (a menos de que se los extiendan a treinta (30) días más), los Hospitales le dirán a Ud. si su petición ha sido aceptada o no, y hasta qué punto fue aceptada. Los Hospitales le darán gratuitamente una lista, pero si la pide más de una vez el año, se le cobrará un honorario o cuota de \$75 por cada petición adicional. Ud. tiene el derecho a recibir una copia de este Aviso al pedirla, aunque ya ha estado de acuerdo con recibirla por correo electrónico. Ud. puede recibir una copia de este Aviso al visitar nuestra página del Web, [www.southernregional.org](http://www.southernregional.org). Si desea recibir una copia por escrito, por favor póngase en contacto con el Departamento de Servicios de Información Sobre La Salud.

Si Ud. cree que han sido violados sus derechos con respecto a la privacidad de su IMP, puede quejarse con los Participantes por medio de ponerse en contacto con la Oficina de Cumplimiento en el sistema de Southern Regional Health System o del Southern Crescent Hospital for Specialty Care, y por hacer una queja por escrito. De ninguna manera le penalizarán a Ud. los Hospitales por haber hecho una queja por escrito en cuanto a su política de privacidad. También tiene el derecho a quejarse con la Oficina de Derechos Civiles.