

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - Su Información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información.

Revisela con cuidado.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a

- Obtener una copia de su documento o registro electrónico de salud
- Corrija su documento o registro electrónico de salud
- Solicitar comunicación confidencial
- Pídenos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien que actúe por ti
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violado

SUS ELECCIONES

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información a medida que:

- Avisemos a familiares y amigos sobre tu condición medica
- Proporcionar ayuda en caso de desastre
- Lo incluimos en un directorio de hospitales
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Trátate
- Dirige nuestra organización
- Factura por sus servicios
- Coordine su atención
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
- Investigar
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director funerario
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras peticiones del gobierno
- Responder a demandas y acciones legales

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro de salud

- Puede solicitar ver o obtener una copia electrónica de su registro de salud y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

Pídenos que corriamos tu historia medica

- Puede solicitarnos que corriamos la información de salud sobre usted que usted cree que es incorrecta o incompleta.

Pregúntanos cómo hacer esto.

- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

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

Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Puede solicitarnos que desactivemos su registro en una plataforma segura de intercambio de información médica que se utiliza para coordinar su atención con otras organizaciones que le proporcionan servicios médicos en todo el condado de Los Ángeles. A petición suya, nos aseguraremos de que sus datos de salud en WMCHC no se compartan con organizaciones externas que le proporcionen atención y que WMCHC no reciba sus datos de salud de organizaciones externas que le brindan atención.
- Si usted paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que pregunta, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquier otra que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elige a alguien que actúe por ti

- Si usted le ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si siente que sus derechos son violados

- Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de la página
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja

SUS ELECCIONES

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Dinos lo que quieres que hagamos, y seguiremos tus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre
- Incluya su información en un directorio del hospital

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente para 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
- La mayoría de las notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no nos volvamos a contactar con usted.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Trátate

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico que te trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre tu condición de salud general.

Dirige nuestra organización

Podemos usar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Factura por sus servicios

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener el pago 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.

Coordine su atención

Podemos compartir y recibir de forma segura su información médica para coordinar mejor su atención con otras organizaciones que le brindan atención en todo el condado de Los Ángeles.

Ejemplo: Compartimos su historial médico con un hospital que está demostrando que le importa para que puedan entender su historia clínica y tratarlo mejor.

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

Se nos permite o se nos requiere compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Notificar reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar presuntos abusos, negligencias o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investigar

Podemos usar o compartir su información para la investigación de la 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 ver que estamos cumpliendo 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 adquisición de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

Podemos compartir información médica con un forense, un médico forense o un director funerario cuando una persona muere.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras peticiones del gobierno

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación de trabajadores
- A efectos de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica 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 rápidamente si se produce una infracción que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información que no sea como se describe aquí a menos que nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si cambia de opinión. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.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 tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestra oficina y en nuestro sitioweb. Fecha de vigencia 12/06. Oficial de Privacidad, White Memorial Community Health Center, 323-987-1200.