

Notificación de las Prácticas de Privacidad de Community Health Partners

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA O DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

De qué se trata esta notificación y por qué es importante

Esta Notificación es un requisito exigido por la ley, que exige que le demos información de como se protegerá la información sobre su salud, como Community Health Partners puede usar o divulgar la información sobre su salud, y sobre sus derechos relacionados a su información médica. La Notificación se aplica a todas las personas que están empleadas por, o que le hayan suministrado cuidados a través de, nuestra organización. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, por favor entre en contacto con Oficina Privacidad de Community Health Partners, al (559) 724-4400.

Comprendiendo la información sobre su salud

Cada vez que usted visita a un médico, a un proveedor de servicios, o a un hospital, se hace un registro de dicha visita. Generalmente este registro incluye una descripción, de sus síntomas, su historial médico, los resultados de los exámenes y analisis, el diagnóstico, el tratamiento, y el plan para el cuidado de su salud en el futuro. Esta información, a la que con frecuencia se llama "su registro médico", sirve como:

- Una base para la planificación y tratamiento de su atención médica en el futuro
- Un documento legal de los cuidados que usted recibe
- Un modo de comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud que participaron de su cuidado
 - Un recurso para que usted o una tercera parte que pague por los servicios, (por ej., una compañía aseguradora) puedan verificar si le cobraron correctamente por los servicios que recibió.
- Un instrumento de enseñanza para los profesionales de la salud.
- Una fuente de datos para las investigaciones médicas.
- Una fuente de información para las autoridades de salud pública.
- Un instrumento con que podemos tener acceso y trabajar para mejorar la calidad del cuidado de la salud que suministramos.
 - Una fuente de datos para la planificación de instalaciones, marketing, y recaudación de fondos para los servicios de cuidado de la salud.
- Un instrumento con que podemos tener acceso y trabajar para mejorar la calidad del cuidado de la salud que suministramos.

Entender lo que está en su registro, y cómo se usa la información sobre su salud, le ayuda a verificar su veracidad, a entender mejor quién, qué, cuándo, adónde, y por qué, otras personas pueden acceder a la información sobre su salud y a tomar decisiones mas informadas cuando autorice a otras personas a que usen o divulguen su información médica.

Sus derechos sobre la información sobre su salud

Usted tiene los siguientes derechos, con relación a sus registros médicos y de facturación mantenidos por Community Health Partners:

A obtener una copia de esta notificación. Usted recibirá una copia de esta notificación durante su primera visita, posterior a la fecha en que la misma haya sido publicada. Después de esto puede pedir una

copia de esta notificación o de su revisión, desde nuestra página <https://www.communitymedical.org/Privacy>, o llamando al Departamento de Información de Salud (Health Information Department) al (559) 459-3925.

A que solicitemos su autorización antes de usar la información sobre su salud. Antes de usar o divulgar la información sobre su salud, excepto en las circunstancias que describimos a seguir, obtendremos su autorización escrita, que usted puede revocar a cualquier momento para impedir la divulgación o uso el futuro. Además, su autorización es necesaria para la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda); usos y divulgaciones de su información médica para fines de mercadeo; y divulgaciones que constituyen una venta de su información médica.

A tener acceso a la información sobre su salud. Usted puede solicitar una copia de la información sobre su salud que Community Health Partners mantiene en sus registros médicos o de facturación. Su pedido debe ser hecho por escrito. Nosotros cobramos una suma nominal por los costos de acceder a dicha información.

A modificar la información sobre su salud. Si usted cree que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede requerir que modifiquemos la información existente o que adicionemos la información que falta. Usted debe presentar su pedido por escrito y puede recoger un formulario para este propósito en el Departamento de Administración de Información de Registros Médicos (Health Information Management (Medical Records) Department). Nosotros nos reservamos el derecho de aceptar o negar su pedido, y le avisaremos sobre nuestra decisión.

A requerir que se dé tratamiento confidencial a las comunicaciones. Usted puede pedir por escrito que cuando nos comuniquemos con usted sobre su salud, lo hagamos de un modo específico (por ej., en una determinada dirección a número de teléfono). Nosotros haremos todo esfuerzo razonable para atender a su pedido.

A que limitemos nuestro uso o divulgación de la información sobre su salud. Usted puede pedir por escrito que restrinjamos el uso o divulgación de la información de su salud, para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, u otro propósito, excepto cuando haya sido específicamente autorizado por usted, cuando tengamos que cumplir una ley, o en una situación de emergencia para prestarle tratamiento. Nosotros consideraremos su pedido y le contrestaremos, pero no estamos legalmente obligados a concordar, si creemos que su solicitud podría interferir con nuestra habilidad de prestarle tratamiento o de cobrar el pago por nuestros servicios. Sin embargo, si usted paga de su bolsillo en su totalidad por un ítem o servicio de cuidado de la salud, entonces usted tiene el derecho de restringir ciertas divulgaciones de su información médica a un plan de salud.

A una rendición de cuentas de las divulgaciones. Usted puede pedir una lista de las instancias en que hayamos divulgado su información, por otras razones que no sean para tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de la salud. Las divulgaciones que hayamos realizado con su autorización, no contarán de la lista. La primera lista que usted pida dentro de un periodo de 12 meses es gratis. Podemos cobrarle por listas adicionales.

Optando por no en Care Everywhere (Cuidado en cualquier lugar) y en Health Information Exchange (Intercambio de Información Médica). Community Health Partners y los médicos afiliados participan en Care Everywhere (CE, por sus siglas en inglés) y en Health Information

Exchange (HIE, por sus siglas en inglés), sistemas electrónicos seguros para los profesionales de la salud para compartir su información médica. Por medio de CE y de HIE, los profesionales participantes podrán acceder a su información según sea necesario para su tratamiento. Usted tiene derecho a escoger que no se divulgue su información a CE y a HIE optando por no participar. Usted no tiene que participar de CE y de HIE para recibir cuidado médico. Su usted escoge optar por no participar de CE y de HIE (eso es, si usted cree que su información no debe ser compartida a través de CE y de HIE), Community Health Partners y los

médicos afiliados continuarán utilizando su información médica en conformidad con este Aviso y la ley aplicable, y no la pondrán a disposición de otros profesionales de la salud a través de CE y de HIE. Para optar por no participar de CE y de HIE, favor de solicitar un formulario del Departamento de Administración de Información de Registros Médicos (Health Information Management (Medical Records) Department) de Community Health Partners llamando al (559) 459-3925 y se lo enviarán por correo

A una rendición de cuentas de las divulgaciones. Usted puede pedir una lista de las instancias en que hayamos divulgado su información, por otras razones que no sean para tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de la salud. Las divulgaciones que hayamos realizado con su autorización, no contarán de la lista. La primera lista que usted pida dentro de un periodo de 12 meses es gratis. Podemos cobrarle por listas adicionales.

Nuestras responsabilidades

La ley requiere que protejamos la privacidad de la información sobre su salud, que establezcamos políticas y procedimientos que gobiernen la conducta de nuestro plantel de empleados y socios comerciales, y que le suministremos esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad. La ley requiere que protejamos la privacidad de la información sobre su salud, que establezcamos políticas y procedimientos que gobiernen la conducta de nuestro plantel de empleados y socios comerciales, y que le suministremos esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad. En el evento que hubiese cualquier violación de la información de salud protegida sin garantía cumpliremos totalmente con los requerimientos de notificación de violación de HIPAA/HITECH, lo cual incluye notificarle a usted de todo impacto que dicha violación pueda haber tenido sobre usted y/o los miembros de su familia, y de las acciones que tomamos para minimizar el impacto que la infracción pueda o podría tener sobre usted.

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas y procedimientos relacionados a la protección de la información sobre su salud. Cuando realicemos un cambio importante en cómo usamos o divulgamos la información sobre su salud, también cambiaremos esta notificación. La nueva notificación será colocada en carteles colocados en nuestro sitio web, y estará disponible en el escritorio de información, y en nuestros departamentos de registros médicos.

Excepto para los propósitos relacionados a su tratamiento, para cobrar por nuestros servicios, para relizar las transacciones comerciales necesarias, o cuando sea permitido o requerido por ley, no usaremos ni divulgaremos la información sobre su salud, sin su autorización.

Usted tiene el derecho de revocar su autorización en cualquier momento. No podemos recuperar la información que podamos haber divulgado anteriormente, con su autorización.

Para mas información, a para reportar un problema

Si usted tiene las preguntas, apreciaría que información adicional, o la necesidad solicite un actualizado tímido de esta nota, usted puede avisar el Health Information Department (559) 459-3925 o la Oficina de Privacidad (559) 724-4400.

Si usted cree que no hemos protegido apropiadamente su privacidad, que hemos violado sus derechos a la privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre sus derechos, puede contactar al Oficial de privacidad de Community Health Partners, cuyo nombre aparece en la parte superior de esta notificación de Prácticas de Privacidad. Además usted puede enviar una queja por escrito a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights Attn: Regional Manager
90 7th Street, Suite 4 - 100 San Francisco, CA 94103
1-415-437-8310

Si usted registra una queja, Community Health Partners, se asegurará que usted no sea penalizado, y que el tratamiento que recibe en nuestras facilidades no sea afectado, como consecuencia de dicha queja.

Ejemplos de usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud.

Usaremos la información sobre su salud par facilitar su tratamiento médico.

Por ejemplo: La información obtenida por un enfermero, médico, u otros miembros de su equipo de cuidado de la salud, será anotada en sus registros médicos y usada para determinar el curso de su tratamiento médico. Nosotros proveeremos a su medico, o a otros proveedores de cuidado de la salud que participen de su tratamiento (por ej., especialistas, medicos consultores, anestesilogos, terapeutas, etc.), copias de varios informes que puedan ayudarlos en el tratamiento que le prestan a usted.

Usarmos la información sobre su salud, para cobrar por los servicios de cuidado de la salud que proveemos.

Por ejemplo: Una cuenta puede ser enviada a usted o a su compañía de seguro. La información en o que acompaña la cuenta, puede incluir información que pueda identificarlo, así como también información sobre su diagnóstico, procedimientos, y materiales usados. En algunos casos la información de sus registros medicos es enviada a su compañía de seguros para explicar la necesidad de, or proveer información adicional, sobre su tratamiento. Además, podemos divulgar información médica a otros proveedores de servicios de cuidado de la salud, para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le suministraron a usted.

Usaremos la información sobre su salud, para facilitar las operaciones rutinarias de cuidado de la salud.

Por ejemplo: Los miembros de nuestro personal médico o de los equipos de mejora de calidad de los servicios que suministramos, pueden usar la información de sus registros para evaluar el cuidado que usted recibió y comparar su progreso con el de otros pacientes.

Usaremos la información sobre su salud, para ayudar a educar a nuestro personal médico, residentes y estudiantes.

Por ejemplo: Community Health Partners está asociado con una variedad de escuelas involucradas en la enseñanza de profesionales de la salud. Todo el personal, residentes y estudiantes de esta institución deben firmar un acuerdo de confidencialidad, antes de tener acceso a cualquier información de salud de los registros mantenidos por los entro Community Health Partners.

Usaremos la información sobre su salud, para notificar a sus familiars y amigos sobre su condición, o en caso de su fallecimiento.

Por ejemplo: Podemos usar o divulgar información para avisar, o ayudar a avisar, a un familiar, representante personal, o a otra persona responsable por su cuidado, sobre su estado general. Los profesionales de la salud, usando su mejor juzgamiento, pueden divulgar a un miembro de su familia, a otro familiar, amigo próximo, o a otra persona que usted identifique, importante información sobre su salud, para facilitar la habilidad de esta persona para cuidar de usted o para hacer arreglos para el pago de su cuidado.

Usaremos la información sobre su salud, para informar a las personas sobre su fallecimiento.

Por ejemplo: Podemos divulgar información médica a los directores de casa funerarias, médicos forenses, y examinadores médicos, de conformidad con las leyes aplicables, para que cumplan con sus obligaciones.

Ejemplos de usos y divulgaciones para otros propósitos

Recordatorios de citas: Podemos entrar en contacto con usted para darle recordatorios de citas.

Tratamientos alternativos: Podemos usar su información médica para suministrarle información sobre la disponibilidad de ostros tratamientos alternativos, que estén dentro del rango de opciones para su condición.

Recaudación de fondos: Somos una organización sin fines de lucro, basada en la comunidad, que depende extensivamente en el apoyo de caridades. Podemos divulgar a nuestra organización recaudadora de fondos, información limitada sobre usted, como por ejemplo, su nombre, dirección, información demográfica, y las fechas en que usted recibió tratamiento, para que puedan informarle de las oportunidades para ayudar en los servicios y programas Community Health Partners. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

Estudios de investigación: Podemos entrar en contacto con usted para solicitar su participación en un estudio de investigación autorizado. En algunos casos, podemos divulgar la información sobre su salud a los investigadores del proyecto, cuando una revisión institucional o junta de privacidad ha aprobado dicho estudio de investigación. Antes de dar cualquier información, se establezcan procedimientos específicos, para proteger la privacidad de su información.

Hoja de registro de admisión: Podemos usar y divulgar su información médica cuando le pedimos que complete un formulario de registro de admisión, cuando usted llega a nuestra instalación. Además, podemos llamarlo por su nombre, cuando lo llamemos para ser atendido.

Seguro de compensación del trabajador: Nosotros no revela su información de la salud a su empleador y portadores de compensación de trabajadores como autorizado por leyes que relacionan a la compensación de trabajadores u otros programas semejantes establecidos por la ley.

Conforme lo exija la ley: Usaremos y divulgaremos su información médica para cumplir con leyes federales y estatales, que incluyen reportar abuso, negligencia, o violencia doméstica, responder a procedimientos judiciales o administrativos, cumplir con las auditorias, obedecer a los oficiales encargados del cumplimiento de la ley, reportar riesgos para la salud y la seguridad, reportar a las autoridades de salud pública u a otras agencias federales.

Organizaciones de obtención de órganos. Si usted es un donador de órganos o tejidos, podemos divulgar su estado de donador y estado de salud a las organizaciones involucradas en la obtención, depósito o trasplante de órganos, conforme a las leyes que se apliquen.

Administración de alimentos y bebidas (FDA, por sus siglas en inglés): Podemos divulgar al FDA información sobre su salud relacionada a efectos adversos que haya tenido con respecto a alimentos, suplementos nutricionales, productos y productos con defectos, información sobre vigilancia post-marketing, para permitir la retirada, reparo, a sustitución de los antes mencionados

Fabricantes de dispositivos: Si usted recibe un dispositivo médico que se le implantado o es usado para soportar sus funciones vitales, podemos divulgar su nombre, dirección, y otra información conforme lo requiera la ley, al fabricante de dicho dispositivo, para propósitos de seguimiento. Usted puede negarse a autorizar la divulgación de su nombre e información para contacto.

Socios comerciales: Algunos servicios en nuestra organización son proveídos a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen ciertos análisis de laboratorio, encuestas de satisfacción del paciente, y el servicio de copias que usamos cuando hacemos copias de su registro de salud. Cuando estos servicios son proveídos por socios comerciales contratados, podemos divulgar a los mismos las partes necesarias de la información sobre su salud, puedan ejecutar el trabajo que le solicitamos. Sin embargo, para proteger la información sobre su salud requerimos que todos nuestros socios legales firmen un contrato de confidencialidad, verificando que protejan apropiadamente su información.

Funciones gubernamentales especializadas: Podemos divulgar información sobre su salud para propósitos militares o de seguridad nacional, a instituciones correccionales o a oficiales encargados de la ejecución de la ley, bajo cuya custodia legal se encuentre usted.

Por medio del presente declaro que he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Community Health Partners. Yo entiendo que la Notificación de las Prácticas de Privacidad describe como Community Health Partners puede usar y divulgar la información sobre mi salud, que está amparada por ley. Me han aconsejado que lea todo el documento Notificación de las Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente:

MRN:

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Si firma el representante/guardián del patient, indique:

a. Nombre de la persona que firmó: _____

b. Relacion con el paciente: _____

- Se negó a firmar el Acuse de Recibo, o no se consiguió obtener el Acuse de Recibo:
Si el Acuse de Recibo no es firmado, explique el motivo y los esfuerzos realizados para que fuese firmado:
- El paciente / representante / guardián se niega a firmar
 - No fue firmado debido a la emergencia de la condición
 - Otro, describa a seguir

Firma: _____
(CHP employee print name/title)

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(CHP employee signature)