



## 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. **Revísela con cuidado.**

### Sus derechos

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

#### Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

#### Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

*continúa en la próxima página*

### **Solicitar que no compartamos ni utilizamos la información que nos proporciona**

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

### **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

### **Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

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

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## Sus opciones

**Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.** Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

**En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

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

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

**Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

### Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

**Ejemplo:** *Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*

### Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información 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.*

### Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

**Ejemplo:** *Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

*continúa en la próxima página*

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

---

**Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
    - Prevención de enfermedades.
    - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
    - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
    - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
    - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
- 

**Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
- 

**Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
  - Esto NO incluye servicios de atención de salud reproductiva. Este tipo de información no será compartido sin su autorización.
- 

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

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- 

**Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
- 

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
    - En reclamos de compensación de trabajadores.
    - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
    - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
    - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares
- 

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

**Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

## NORTH CAROLINA

Además de las regulaciones federales de HIPAA, los siguientes estatutos de Carolina del Norte también protegen la privacidad de usted.

**GS § 8-53:** La ley de Carolina del Norte protege la privacidad de comunicaciones acerca del tratamiento de salud mental entre usted y su proveedor de salud mental. Antes de revelar a otros la información de salud mental acerca de usted, ya sea tratamiento, pagos o cualquier operación de cuidado de salud le solicitaremos que firme un formato escrito donde nos da permiso para compartir dicha información.

**GS § 90-21.5 and GS § 90-21.7:** Bajo la ley de Carolina del Norte, el menor de edad (con o sin el consentimiento de un padre o tutor) tiene el derecho de consentimiento a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades, incluyendo: enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben ser reportadas al Estado; embarazo; abuso de sustancias controladas o alcohol; y disturbio emocional.

**GS § 90-109.1:** Si usted solicita a uno de nuestros proveedores médicos tratamiento y rehabilitación para la drogadicción, su solicitud será manejada de manera confidencial. No revelaremos su nombre a ningún agente policial o judicial, a menos que usted nos de su consentimiento para hacerlo.

**GS § 122C:** La ley de Carolina del Norte requiere que obtengamos el consentimiento por escrito antes de que podamos revelar información relacionada con su salud mental, desarrollo de discapacidades o servicios de abuso de sustancias. Hay algunas excepciones a este requerimiento. Nosotros podemos revelar este tipo de información de salud a los miembros de nuestro personal, nuestros consejeros profesionales y a las organizaciones o individuos que supervisan nuestro funcionamiento. También podríamos revelar información a las siguientes personas: a un proveedor de cuidado de salud quien está dando servicios médicos de emergencia a usted; a otros profesionales del cuidado de salud mental, del desarrollo de discapacidades, y a las instalaciones de abuso de sustancias, en el caso de que sea necesario coordinar su cuidado de salud y tratamiento médico. Si determinamos que hay una amenaza inminente a su salud o a su seguridad, o la salud o seguridad de alguien más, podríamos revelar información acerca de usted para prevenir o aminorar la amenaza. También revelaremos información sobre usted si la ley nos solicita hacerlo, por ejemplo, cuando una corte lo ordena, cuando sospechamos abuso o negligencia de menores o de adultos minusválidos, y cuando uno de nuestros doctores crea que un paciente tiene una enfermedad contagiosa o está infectado con el VIH y no está siguiendo precauciones de seguridad. Si nosotros creemos que es por su bien, podríamos revelar información sobre usted en un caso de tutela o custodia o de internamiento voluntario en el cual usted esté involucrado. Cuando usted sea internado o sea dado de alta de las instalaciones de tratamiento de salud mental, de desarrollo de discapacidades, o de abuso de sustancias, podríamos revelar la información a su pariente más cercano si es que consideramos que es lo mejor para usted. Si usted tiene un pariente cercano que está considerablemente involucrado en su cuidado médico, estamos obligados a darle, en cuanto él o ella nos lo solicite, información relacionada con su internamiento o cuando sea dado de alta de alguna de las instalaciones médicas, incluyendo la identidad de dicha instalación médica y la razón por la cual usted decidió dejar las instalaciones médicas yendo en contra de las recomendaciones de sus médicos, así como la información de las citas, médicos a los cuales haya sido referido para su tratamiento posterior a cuando sea dado de alta. La información será proporcionada una vez que le hayamos notificado a usted que dicha información fue solicitada.

**GS § 130A-143:** Si usted tiene alguna de las enfermedades contagiosas (tuberculosis, sífilis, VIH/SIDA), la información sobre su enfermedad será manejada de manera confidencial y será revelada sin su consentimiento por escrito sólo en circunstancias limitadas. Nosotros no necesitaríamos obtener su permiso para reportar su enfermedad contagiosa al Estado y a los oficiales locales o de otra manera para prevenir que la enfermedad se propague.

Oficial de privacidad de HIPAA: Tierra Anthony, tierra.anthony@rhgnc.org, 252-436-6941

Oficial de seguridad de HIPAA: Jennifer Conner, jennifer.conner@rhgnc.org, 252-536-5825