

NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

¿Conoce usted nuestro Oficial de Privacidad?

Nombre: Sra. Carmen Molina

Entidad: Hospital San Antonio, Inc.

Dirección: PO Box 546 Mayagüez PR 00681

Teléfono:(787) 834-0050 ext. 2514

Fax: (787) 834-2104



Tu información - Tus derechos - Nuestra responsabilidad

Este aviso de Prácticas de Privacidad describe como se puede utilizar la información médica sobre usted y como puede ser divulgada. Además, de cómo usted puede tener acceso a esta información.

Por favor, revise esta cuidadosamente.

TUS DERECHOS

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de tus documentos o expediente médico electrónico.
- Corregir o enmendar documentos de tu expediente médico electrónico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Preguntar sobre como limitar la información que compartimos.
- Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este Aviso de Notificación de Privacidad.
- Elegir a alguien que lo represente a usted.
- Presentar una queja y/o querrela, si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

SUS ALTERNATIVAS

Usted tiene algunas opciones en la forma en que utilizamos y compartimos la información; como por ejemplo:

- Decirle a sus amigos y/o familia acerca de su condición.
- Proporcionar ayuda en caso de desastre.
- Incluirlo a usted en un directorio de hospital(si aplica).
- Proveer servicios de salud mental.
- Comercializar nuestros servicios y vender la información.
- Recaudar fondos.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podríamos utilizar y compartir su información en:

- Tratamiento para usted.
- Manejar nuestra facilidad.
- Facturar por los servicios.
- Ayudar con problemas de salud pública y seguridad.
- Realizar investigaciones.
- Cumplir con la ley.
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria.
- Dirigir compensación de trabajadores, la policía y otras solicitudes gubernamentales.
- Responder a demandas y acciones legales.

TUS DERECHOS

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

Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle. Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico.

- Usted puede pedir, ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de un periodo de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- Consúltenos si necesita corregir o enmendar su expediente médico.
- Puede pedir que se corrija o se enmiende la información médica acerca de usted; que entienda que es incorrecta o incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.
- Se puede decir “no” a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de un periodo de 60 días.

SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

- Puede solicitar como podemos contactarlo de una manera específica (por ejemplo, su domicilio o teléfono de la oficina), o enviar un correo a una dirección diferente.
- Responderemos “si” a toda solicitud razonable.

CONSULTENOS PARA LIMITAR LO QUE USAMOS O COMPARTIMOS

Pregúntenos que hacer para que no utilicemos o no se comparta cierta información de salud para tratamiento, pago u operación de servicio de salud.

- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y se puede decir “no” si afecta su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o artículo médico fuera de su bolsillo en su totalidad; Puede pedirnos no compartir esa información con el propósito de pago a la aseguradora de servicios de salud.
- Vamos a decir “si” a menos que la ley nos obligue a compartir dicha información.

OBTENGA 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 de los seis años anteriores a la fecha en que solicite, que compartimos con y por qué.

- Vamos a incluir toda divulgación, excepto para aquellos sobre tratamiento, pago y operación de servicios de salud, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos pida que haga).
- Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si pide otra dentro de un periodo de 12 meses.

OBTENGA UNA COPIA DE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD

- Puede solicitar una copia en cualquier momento de este aviso, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación electrónicamente. Nosotros le proporcionaremos una copia con prontitud.

ELIJA A ALGUIEN PARA QUE LO REPRESENTE A USTED

- Si usted ha dado a alguien un poder médico legal (power of attorney) o si alguien es un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguramos de verificar que la persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción y/o decisión.

PRESENTE UNA QUEJA SI CONSIDERA QUE SUS DERECHOS SON VIOLADOS

- Usted puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de esta notificación.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos EE.UU. mediante envío de una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, SW Washington, DC 20201 o llamar al teléfono 1-877-696-6775 o visitando el website: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- No tomaremos ningún tipo de represalias contra usted por presentar una queja ya que este es su derecho.

TUS OPCIONES Y/O ALTERNATIVAS

Para obtener cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartiremos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos la información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros, díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones.

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

- Que información compartir con su familia, amigos, u otras personas involucradas en su cuidado.
- Que información compartir en una emergencia.

- Que información incluir en un directorio del hospital.

Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si queda 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 grave e inminente a su salud o a su seguridad.

En estos casos, no compartiremos su información, a menos que usted nos dé permiso por escrito en cuanto:

- Propósitos de mercadeo
- Venta de información
- Notas de psicoterapia

En caso de la recaudación de fondos:

Podemos comunicarnos con usted para recaudo de fondos, pero usted puede decirnos que no le contacte nuevamente.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo se suele utilizar o compartir su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de la siguiente manera:

- En el tratamiento que le ofrecemos
 - Podemos utilizar su información de salud y compartir con otros profesionales que lo estén tratando.
- Ejemplo: Un médico que le trate por una lesión le podría preguntar a otro médico sobre su estado de salud general.
 - Manejar nuestra facilidad
- Ejemplo: Utilizamos información médica acerca de usted para manejar su tratamiento y servicios.
- Facturar por los servicios.

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes médicos de salud u otras entidades.

Ejemplo: Brindamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para el pago de los servicios ofrecidos.

Otras maneras de cómo podemos utilizar o compartir su información de salud. Si nos permite o se nos requiere su información de otras maneras que contribuyan a la seguridad y salud pública y a la investigación.

Tenemos que cumplir con muchas condiciones de ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información consulte el siguiente website:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html>

Ayudas con problemas de salud pública y seguridad.

Podemos compartir la información sobre su salud para ciertas situaciones tales como:

- Prevenir la enfermedad.
- Ayudar con retirar productos.
- Informar las reacciones adversas a los medicamentos.
- Reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona.

INVESTIGACION

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones en el campo de la salud.

Cumplir con la ley – Vamos a compartir su información sobre usted cuando las leyes estatales o federales lo requieran. Incluso el Departamento de Salud y Servicios Humanos puede solicitar el cumplimiento con las leyes federales de privacidad.

Responder a solicitudes de donaciones de órganos y tejidos.

- Podemos compartir información sobre su salud con las organizaciones de donación de órganos, trabajar con un médico forense o director de funeraria.

- Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando fallece una persona.

Dirigir la compensación de los trabajadores, la policía, y otras solicitudes gubernamentales.

Podemos utilizar o compartir información sobre su salud:

- Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores.
- Por razones de orden público o con un agente de ley y orden.
- Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones especiales del gobierno tales como la seguridad nacional, fuerzas armadas y los servicios de protección presidenciales.
- Responder a las demandas y acciones legales.
- Podemos compartir la información sobre su salud en respuesta a una supina.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligado por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le haremos saber lo antes posible si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y se le dará una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información distinta a la descrita **aquí** a menos que nos diga lo que podemos divulgar o utilizar por escrito.
- Si nos notifica que se puede utilizar o divulgar, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento.
- Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para más información vea:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html>

Cambios en las condiciones de este aviso
Nosotros podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios podrían aplicar a toda la información que tenemos sobre usted y la nueva notificación de privacidad estará disponible cuando la solicite en nuestra oficina.