PUTTING YOUR HEALTH FIRST

Hutchinson CLINIC

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

2101 N. Waldron, Hutchinson KS 67502

Hutchinson Clinic, PA

Hutchinson Ambulatory Surgery Center, LLC

Conforme a lo que estipula la Norma de privacidad, creada como resultado de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996

Fecha de entrada en vigencia: marzo de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN DE SALUD, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. **LÉALO ATENTAMENTE.**

Hutchinson Clinic cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles, y no discrimina en función de la etnia, el color de piel, la nacionalidad, la edad, la condición de discapacidad ni el sexo. Usted tiene servicios de asistencia lingüística sin cargo a su disposición. Llame al 620.669.2500.

Nuestro compromiso con la privacidad

Hutchinson Clinic, PA y Hutchinson Ambulatory Surgery Center, LLC están comprometidos a mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI). Al realizar nuestra actividad empresarial, crearemos registros sobre usted y sobre los tratamientos y servicios que le brindamos. Por ley, se nos exige mantener la confidencialidad de la información de salud que puede identificarlo de forma personal, así como también proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que implementamos en nuestra organización con respecto a su PHI. Las leyes federales y estatales estipulan que debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tengamos vigente en el momento.

Entendemos que estas leyes son complejas, pero debemos brindarle la siguiente información importante:

- La forma en que podemos usar y divulgar su PHI.
- Nuestros derechos de privacidad y su PHI.
- Nuestras obligaciones con respecto al uso y la divulgación de su PHI.

Cada vez que nos visita, creamos un registro de su consulta, el cual suele incluir los síntomas, los exámenes, los resultados de pruebas, los diagnósticos, los tratamientos y un plan de atención o tratamiento futuro. Tenemos la obligación ética y legal de proteger la privacidad de su información de salud, por lo que solo la usaremos o divulgaremos en circunstancias limitadas. En la siguiente sección, se explican cómo podemos usar su información, y cuáles son sus derechos y opciones.

Casos en los que podemos usar y divulgar su información

Podemos usar y compartir su información en las siguientes situaciones:

- Para brindarle tratamiento.
- Para dirigir nuestra organización.
- Para cobrarle por los servicios que recibe.
- Para brindar ayuda con asuntos de salud pública y seguridad.
- Para hacer investigaciones.
- Para cumplir con la ley.

- Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Para colaborar con un médico forense o con el responsable de una funeraria.
- Para responder a solicitudes de indemnización por accidentes laborales, cumplimiento de la ley y otras cuestiones gubernamentales.
- Para responder a demandas y procesos judiciales.
- Para celebrar contratos con socios comerciales.

Además, también podemos usar o divulgar su información de salud cuando usted lo haya autorizado. Tiene ciertos derechos con respecto a dicha información.

Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia impresa o digital de su historia clínica.
- Solicitar la corrección de una copia impresa o digital de su historia clínica.
- Solicitar una comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las partes con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a una persona para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos a la privacidad.

Sus opciones

Usted tiene ciertas opciones en cuanto a la forma en que usamos y compartimos información, específicamente para lo siguiente:

- Informar a sus familiares y amigos sobre su afección.
- Proporcionar asistencia en casos de catástrofes.
- Incluir su nombre en el directorio de un hospital.
- Proporcionar atención de salud mental.
- Comercializar nuestros servicios y vender su información.
- Recaudar fondos.

Sus derechos

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud. En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para brindarle asistencia.

Obtener una copia digital o impresa de su historia clínica

- Puede solicitarnos ver u obtener una copia digital o impresa de su historia clínica y otra información de salud que tengamos sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable en función del costo.

Solicitar la corrección de su historia clínica

- Puede pedirnos que corrijamos información de salud sobre usted que considere que es incorrecta o está incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.
- Si bien podemos rechazar su solicitud, debemos informarle el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar una comunicación confidencial

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de alguna manera en particular (por ejemplo, llamar al teléfono de su casa o su oficina) o que enviemos el correo a otra dirección.
- Accederemos a todos los pedidos razonables.

Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para fines de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. No se nos exige estar de acuerdo con sus solicitudes y podemos rechazarlas si consideramos que podrían afectar su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica completamente con gastos de bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información para fines de pago u operaciones de atención médica con su compañía aseguradora. Accederemos a esta solicitud, menos que la ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de las partes con las que hemos compartido su información

- Puede pedirnos una lista (un recuento) de las veces en las que compartimos su información de salud en los seis años anteriores a la fecha de la solicitud, así como de las personas con quienes la compartimos y del motivo por el que lo hicimos.
- Incluiremos todos los casos de divulgación, excepto aquellos sobre tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos haya pedido hacer). Le proporcionaremos un recuento por año en forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable en función de los costos si solicita otro dentro de los siguientes 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si acordó recibirlo en formato digital. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad. Puede encontrar una copia de este documento en nuestro sitio web: www.hutchclinic.com.

Elegir a una persona para que actúe en su nombre

- Si designó a un representante en un poder notarial médico o tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene dicha autoridad y puede actuar en su nombre antes de implementar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

Si cree que se violaron sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja ante las siguientes entidades:

Oficina de Privacidad de Hutchinson Clinic
2101 N. Waldron
Hutchinson, Ks 67502
Teléfono: 620.669.2500; línea gratuita: 800.779.6979

Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos
La queja debe presentarse por escrito y enviarse por correo, fax, correo electrónico
o a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (OCR).
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1.877.696.6775; sitio web: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

- Mencione la entidad cubierta o el socio comercial involucrado, y describa las acciones u omisiones que cree que han violado los requisitos de las Normas de privacidad, seguridad o comunicación de violaciones.

- Preséntela dentro de los 180 días desde que tomó conocimiento de la acción u omisión por la que emite la queja. La OCR puede extender el periodo de 180 días si usted demuestra que es por una buena causa.

Prohibición de represalias en virtud de la HIPAA
En virtud de lo estipulado en la HIPAA, una entidad no puede tomar represalias en su contra por presentar una queja. Usted debe notificar a la OCR de inmediato en caso de sufrir una represalia. Consulte el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles.

Sus opciones

Con respecto a determinada información de salud, puede informarnos sus decisiones sobre lo que compartimos.
Si tiene una preferencia clara sobre la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, le pedimos que nos lo comunique. Infórmenos lo que desea que hagamos, y seguiremos sus indicaciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos lo siguiente:

- Que compartamos información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Que compartamos información en una situación de ayuda humanitaria por catástrofe.
- Que incluyamos su información en el directorio de un hospital.
- Que ningún residente o estudiante de medicina esté presente durante una observación, un examen o un tratamiento que se le practique a usted ni participe en su atención.

Si no puede decirnos su preferencia (por ejemplo, en caso de estar inconsciente), podemos avanzar y compartir su información si consideramos que es beneficioso para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para minimizar un riesgo o una amenaza serios e inminentes a su salud o seguridad.

Nunca compartimos la información en los casos que se indican a continuación, a menos que nos proporcione autorización por escrito:

- Resultados de una prueba de detección de HTLV-III (prueba para determinar si tuvo exposición al VIH).
- Resultado de pruebas genéticas.
- Fines comerciales.
- Venta de información.
- Divulgación de notas de psicoterapia.
  Bajo ninguna circunstancia, venderemos nuestras listas de pacientes ni su información de salud a un tercero sin su autorización por escrito.

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos, pero puede indicarnos que no desea que nos comuniquemos nuevamente.

Casos en los que podemos usar y divulgar su información

Formas habituales en las que usamos o compartimos su información de salud

Estas son las formas habituales en las que usamos o compartimos su información de salud.

Para brindarle tratamiento

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le brinden tratamiento.

Ejemplo: Podemos pedirle que se haga análisis de laboratorio (como análisis de sangre y de orina) y usar los resultados para llegar a un diagnóstico. Podemos usar su PHI para emitir una receta para usted, o bien podemos divulgar dicha información a una farmacia cuando pedimos un medicamento recetado para usted. También podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica para fines relacionados con su tratamiento. En caso de hospitalización, le proporcionaremos al hospital o a su personal información de salud que necesiten para brindarle el tratamiento efectivo.

Para dirigir nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestra organización, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Nuestra organización puede usar su PHI para evaluar la calidad de la atención que le brindamos, o bien para realizar actividades internas de administración de costos y planificación comercial. También podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica, planes de salud y centros de intercambio de información de salud con las usted tiene una relación, a fin de brindarles asistencia en sus operaciones de atención médica.

Para cobrarle por los servicios que recibe

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Podemos comunicarnos con su compañía aseguradora para certificar que usted es elegible para los beneficios (y determinar el rango de beneficios), así como también para brindarle detalles sobre su tratamiento a fin de determinar si dicha entidad lo cubrirá o pagará. Podemos usar o divulgar información sobre su tratamiento para enviarle una factura a usted, a su compañía aseguradora o a un miembro de su familia. La información de la factura, o que se adjunta a esta, puede incluir información que los identifica a usted y a su diagnóstico, así como también a los servicios brindados, los procedimientos realizados y los suministros usados.

Otras formas en las que podemos usar o compartir su información de salud

Es posible que tengamos permitido o que se nos exija compartir su información de otras formas, por lo general, para contribuir al bien común, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones impuestas por la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para conocer más información, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**.**

Para brindar ayuda con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información de salud para ciertos fines, como los siguientes:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar a retirar productos del mercado.
- Informar reacciones adversas a medicamentos.
- Informar sospechas de abuso, abandono o violencia familiar.
- Prevenir o reducir una amenaza grave contra la salud o la seguridad de una persona.

Para hacer investigaciones

Podemos usar o compartir su información para llevar a cabo investigaciones médicas.

Para cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes federales o estatales así lo exigen, incluido el Departamento de Salud y Servicios Sociales, en caso de que necesite corroborar que estamos cumpliendo con la ley federal de derecho a la privacidad.

Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos para trasplantes.

Para colaborar con un médico forense o con el responsable de una funeraria

Podemos compartir información de salud con un funcionario forense, un médico forense o el responsable de una funeraria cuando una persona fallece.

Para responder a solicitudes de indemnización por accidentes laborales, cumplimiento de la ley y otras cuestiones gubernamentales

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted en los siguientes casos:

- Para presentar reclamos de indemnización por accidentes laborales.
- Con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de las fuerzas de cumplimiento de la ley.
- Con organismos sanitarios de control para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Para responder a demandas y procesos judiciales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación.

Para brindar una atención médica organizada

Podemos compartir información personal con otras entidades cubiertas, o bien recibirla de parte de ellas.

Nuestras responsabilidades

- Por ley, se nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que comprometa la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las responsabilidades y las prácticas de privacidad descritas en este aviso, y proporcionarle una copia a usted.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna manera que no esté descrita en este documento, a menos que usted lo autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión. Para conocer más información, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Los términos de este aviso se aplican a TODOS los registros que contienen PHI generados o conservados por nuestra organización. Nos reservamos el derecho a revisar o modificar este Aviso de prácticas de privacidad. Todas las revisiones o modificaciones que se realicen estarán vigentes para todos los registros que nuestra organización haya generado o conservado sobre usted en el pasado, así como también para todos aquellos que genere o conserve en el futuro. Habrá una copia del aviso vigente en una ubicación visible en todo momento en nuestras oficinas, el cual también estará disponible en el sitio web de Hutchinson Clinic (www.hutchclinic.com). Puede solicitar una copia de nuestro aviso vigente en cualquier momento.

Fecha de actualización/aprobación: 1-2022