

## NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA CONFIDENCIALIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SE PODRÁ UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LO QUE TIENE QUE HACER USTED PARA OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA CUIDADOSAMENTE

Esta notificación describe las prácticas relacionadas con la confidencialidad de Hospital regional del norte (el "Hospital") y de algunos médicos relacionados con el hospital que le proveen servicios a los pacientes en el Hospital. Nosotros estamos obligados, según el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA" por sus siglas en Inglés) de mantener la confidencialidad de su información médica. Su información médica incluye, entre otras cosas, la información relacionada con sus síntomas, los resultados de sus pruebas, cualquier diagnóstico(s) que reciba, sus tratamiento(s), y cualquier otra información relacionada con su salud. Su información médica también incluye los pagos que usted haga, las facturas que usted deba y cualquier información sobre su seguro de salud. Esta notificación le informará a usted, cómo es que el Hospital podrá utilizar y divulgar su información médica, cuales son sus derechos según la manera que están relacionados con su información médica y lo que usted tiene que hacer para presentar una queja si usted cree que sus derechos de confidencialidad han sido violados.

**La Manera en que Podemos Utilizar y Divulgar su Información Médica:** Nosotros podemos utilizar y divulgar su información médica para una variedad de propósitos importantes, los cuales se describen a continuación: 1. Nosotros podemos utilizar y divulgar su información de salud sin su autorización en la siguientes maneras:

- **Tratamiento:** Nosotros podemos usar y revelar su información médica para proveerle tratamientos o servicios médicos. Por ejemplo, las enfermeras (enfermeros), los médicos (doctores) y otros miembros de su equipo de tratamiento, registrarán su información médica en su archivo (expediente) y utilizarán dicha información para determinar el curso más apropiado para brindarle atención médica de buena calidad. También podemos divulgar su información médica a otros proveedores de atención médica que estarán participando en su tratamiento y a los farmacéuticos que le surten sus recetas.

- **Los Pagos:** Nosotros podemos utilizar y revelar su información de salud con el fin de obtener pagos. Por ejemplo, podría ser necesario obtener autorización de su compañía de seguros médicos antes de proveerle ciertos tipos de tratamientos. Nosotros presentaremos las facturas y mantendremos los registros de los pagos que recibimos de su compañía de seguro médico.

- **Los Funcionamientos para la Administración de la Atención Médica:** Nosotros podemos usar y divulgar su información médica para llevar a cabo los funcionamientos internos habituales. Estos incluirían, la administración apropiada de registros, la evaluación de la calidad de tratamientos, la evaluación del cuidado que recibió y los resultados de su caso y de otros casos que sean similares al suyo.

- **Un Sistema Organizado para el Funcionamiento de la Atención Médica:** El Hospital y algunos médicos relacionados con el hospital por ser contratados por dicho hospital, participan en un arreglo organizado para el funcionamiento de la atención médica. El Hospital y dichos médicos que participan en el arreglo organizado para el funcionamiento de la atención médica pueden compartir su información médica entre sí mismos según sea necesario para realizar algún tratamiento, para hacer pagos o para cualquier funcionamiento para la atención de la salud que este relacionada con el arreglo organizada para el funcionamiento de la atención médica.

- **Cuando la Ley lo Requiere:** Nosotros podemos utilizar y revelar su información de salud cuando tal uso o divulgación es requerido por la ley federal, estatal o local y cuando el uso o divulgación de dicha información cumple con y esta limitada a los requisitos pertinentes a dicha ley

- **Para las Actividades pertinentes a la Salud del Público:** Nosotros podemos divulgar su información médica, incluyendo, pero no limitado a, las estadísticas vitales, (esto incluirá información sobre los nacimientos y defunciones), datos relacionados con las enfermedades, e información relacionada con el retiro de productos peligrosos. Adicionalmente, podemos divulgar su información médica a las autoridades que velan por el bienestar de la salud pública cuando dicha divulgación esta relacionada con actividades pertinentes a la salud del público.

- **El Abuse, La Negligencia o la Violencia Doméstica:** Nosotros podemos revelar su información de salud a las autoridades gubernamentales cuando dicha revelación esta relacionado con las víctimas de la violencia doméstica, el abuso o la negligencia de dicha víctima o si su información esta relacionada con la negligencia o abuso de un niño o de un adulto que tiene una incapacidad, sea física o mental.

- **Actividades Relacionadas con la Supervisión de la Salud:** Nosotros podemos usar y divulgar su información médica a cualquier agencia que, bajo la autorización legal, supervisa actividades relacionadas con la salud. Por ejemplo, podemos revelar su información médica si dicha revelación es para ayudar en investigaciones y en intervenciones de cuentas, para determinar la elegibilidad en programas supervisados por el gobierno tal como el Medicaid y Medicaid, y en actividades similares que requieran supervisión.

- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Nosotros podemos revelar su información médica para responder a una citación judicial apropiada o para responder a cualquier otra solicitud de información relacionada con un procedimiento legal en curso, o en conformidad con una orden judicial.

- **A fines de Cumplir con la Ley:** Sujeto a ciertas restricciones, nosotros podemos divulgar su información de salud a los funcionarios policiales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a fin de obedecer la ley que requiere que se reporte ciertas heridas o lesiones, o para ayudarle a la policía a identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo o a una persona desaparecida.

- **El Médico Forense:** Nosotros podemos revelar su información médica a un forense (examinador médico) con el fin de identificar a una persona fallecida, para determinar la causa de dicha muerte, o para otros fines que sean necesarios para permitir que dichas personas realicen sus responsabilidades. También podemos divulgar su información médica a un director de funerales según sea necesario para que realice sus obligaciones.

- **La Donación de Órganos:** Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud a organizaciones de procuración de órganos siempre cuando dicho uso o divulgación esta relacionada con la donación y trasplante de un órgano, un ojo o de tejidos.

- **En una Investigación:** Sujeto a ciertas restricciones, podemos utilizar o divulgar su información médica para la realización de cualquier investigación médica.

- **Amenaza Grave a la Salud o a la Seguridad:** Nosotros podemos utilizar y revelar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y a su seguridad o para prevenir una amenaza grave a la salud y la seguridad del público o a la de otra persona. Sin embargo, esta divulgación solo se le podrá revelar a una persona o personas que pueda ayudar a prevenir dicha amenaza.

- **Propósitos para los Funcionamientos Especiales del Gobierno y del Militar:** Si usted es un miembro o veterano de las fuerzas armadas, nosotros podemos usar o divulgar su información médica según se requiera por las autoridades militares. También podemos divulgar su información médica si es necesario para la seguridad nacional, inteligencia, o para propósitos similares.

- **Los Presos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o si usted esta bajo la custodia de un oficial de la ley, nosotros podemos divulgar su información de salud al personal de la institución correccional o al oficial de la ley que lo tiene bajo custodia, siempre y cuando dicha información es necesaria para que el personal de dicha institución correccional le provean servicios de asistencia médica, para que protejan su salud y su seguridad, para proteger la salud y la seguridad de otras personas, o para proteger los agentes de la autoridad que están en la localidad de, o los que administran y se encargan del mantenimiento de dicha institución correccional.

- **Compensación de los Trabajadores (Workers Compensation):** Nosotros podemos revelar su información médica para someternos a las leyes de la Compensación de los Trabajadores (Workers Compensation) o con programas similares que proveen beneficios a los que sufren lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

- **Comercialización Limitada y Recaudación de Fondos:** Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud cuando dicho uso o divulgación se permite para los propósitos comerciales, por ejemplo, como cuando se realiza una comunicación publicitaria en una reunión directa, en persona cara a cara, con usted o cuando dicha comunicación tenga que ver con regalos promocionales de valor nominal. También podemos utilizar su información de salud para comunicarnos con usted cuando se va a realizar la recaudación de fondos para el Hospital y usted tiene el derecho de ser excluido de recibir estas notificaciones para la recaudación de fondos. Si usted no desea que se comuniquen con usted para avisarle de los eventos que se llevaran a cabo para la recaudación de fondos, usted tiene que comunicarse, por escrito, con el Oficial de Confidencialidad a la dirección abajo.

- **Recordatorios de Citas Programadas:** Nosotros podemos utilizar su información médica para ponernos en contacto con usted para recordarle de sus citas programadas. También podemos usar su información médica para proveerle información relacionada con tratamientos alternativos o de otros beneficios y servicios médicos que posiblemente sean de interés para usted.

- **Socios de Negocios:** Nosotros podemos utilizar y divulgar su información de salud si nuestros socios de negocios ven que dicho uso o divulgación es algo que ellos necesitan. Por ejemplo, cuando tengamos que obtener referencias de los laboratorios o de otros consultores, cuando nuestros socios de negocios tengan que proveernos servicios o que tengan que llevar a cabo reuniones de negocios, para el Hospital. Para proteger su información de salud, nosotros requerimos que dichos socios de negocios firmen acuerdos especialmente diseñados para salvaguardar cualquier información de salud suya que resulte estar en su posesión.

2. Nosotros podemos usar y divulgar su información médica para los siguientes propósitos pero solamente después que le hemos dada a usted la oportunidad de aceptar o rehusar dicho uso o divulgación de información y solo si usted allá aceptado o allá rehusado tal uso o divulgación:

- **Personas Involucradas en su Atención Médico:**  *Nosotros podemos revelar su información de salud a los miembros de su familia, o a otros parientes, o a sus amigos personales más cercanos si dicha información esta directamente relacionada con la participación que su miembro de la familia o su amigo personal cercado necesita para realizar papel en su cuidado de salud o si dicha divulgación es necesario para que hagan los pagos incurridos durante su cuidado de salud. Sin embargo, esto solamente se haría si usted esta de acuerdo con dicha divulgación o si le han dado a usted la oportunidad de rechazar dicha divulgación y usted no le ha expresado su oposición al Secretario de Registros o con el Oficial de la Confidencialidad. Si usted no está presente o si usted no puede aceptar o rechazar a este proceso, o si se encuentra en una situación de emergencia, nosotros podemos divulgar su información de salud a su familia o amigos si nosotros determinamos que dicha revelación es lo mejor para sus intereses. También podemos divulgar su información de salud para notificarle o para ayudar a notificarle a algún miembro de su familia, a alguno de sus parientes, a su amigo o a cualquier otra persona que usted haya nombrado sobre su ubicación, su condición general, o de su muerte..*

- **Directorio de Hospital:**  *Nosotros podemos compartir su nombre, su número de habitación, y su condición general (si esta en condición estable, regular o bien) en nuestra lista de pacientes con el clero y con cualquier persona que pregunte por usted usando su nombre. También podemos compartir sus creencias religiosas con el clero.*

- **Labores de Socorro:** Nosotros podemos compartir su información médica con cualquier agencia, sea pública o privada (por ejemplo, La Cruz Roja Americana) si dicha información tiene el propósito de brindar socorro a otros. Incluso si usted se oponga, es posible que nosotros compartamos su información de salud si esto es necesario en circunstancias de emergencia.

3. En cualquier otra situación que no se haya descrito arriba, nosotros le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud. Si usted decide firmar una autorización para permitir que usemos y divulguemos su información de salud, y en otra ocasión más tarde, usted cambia de opinión, usted podrá revocar dicha autorización y ponerle alto a cualquier uso y divulgación futura mediante comunicarse con el Oficial de la Confidencialidad. Sin embargo, usted no podrá revocar la autorización del los usos y divulgaciones de información que ya se habrían hecho hasta ese momento puesto que estos se habrían hechos basándonos en la autorización que usted previamente dio.

"HIPAA" específicamente requiere que nosotros obtengamos su autorización para los usos y divulgaciones en las siguientes circunstancias:

- **Notas de Psicoterapia:**  *Nosotros tenemos que obtener su autorización para cualquier uso o divulgación de notas de psicoterapia, con la excepción de que si dichas notas son necesarias para llevar a cabo un determinado tratamiento, hacer algún pago o para las funciones de servicios médicos o según se requieran o se permitan por HIPAA..*

- **Comercialización:**  *Nosotros tenemos que obtener su autorización para cualquier uso o divulgación de su información de salud que sean necesarios para los fines de comercialización, esto es con la excepción si dicha comunicación comercializada es mediante una comunicación cara a cara (o en persona) o cuando dicha comunicación tenga que ver con algún regalo promocional de valor nominal. Si la comercialización implica remuneración económica para nosotros, la autorización que usted firme para permitirnos obtener dicha comercialización debe indicar que habrá alguna remuneración involucrado*

- **La Venta de Información Médica:** Nosotros tenemos que obtener su autorización para divulgar cualquier información de su salud que sería una venta de información médica. Si nosotros obtenemos su autorización para este propósito, dicha autorización debe indicar que la divulgación resultará en remuneración para nosotros.

En el caso de que la ley de Carolina del Norte o si alguna otra ley federal nos obliga a proveerle más protección a su información médica de lo que se ha indicado en esta notificación o si la ley de "HIPAA" requiere que le brindemos más protección, nosotros le proveeremos dicha protección adicional. Por ejemplo, nosotros cumpliremos con la ley de Carolina del Norte relacionada con las enfermedades transmisibles, tal como el VIH o el SIDA. También cumpliremos con la ley de Carolina del Norte y con la ley federal relacionada con el tratamiento de la salud mental y con los asuntos relacionados con el abuso de sustancias (drogas).

**Derechos Individuales:** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud. Por favor, comuníquese con el Oficial de la Confidencialidad al número telefónico o a la dirección anotada abajo para obtener los formularios correspondientes para ejercer estos derechos.

- **Restricciones Solicitadas:** Usted puede solicitar restricciones en como se puede usar o divulgue su información de salud para cuando se lleve a cabo algún tratamiento, o se haga algún pago o se lleva a cabo algún funcionamiento de la atención médica, según como se ha descrito arriba o para las personas involucradas en su cuidado médico o para los propósitos de notificación. Nosotros no estamos obligados a aceptar dichas restricciones, pero si estamos de acuerdo con su solicitud, tendremos que cumplir con dichas restricciones. Si usted solicita que no se divulgue la información de su salud a algún plan de salud, nosotros tenemos que estar de acuerdo con dicha solicitud si la divulgación es para el propósito de hacer algún pago o si es para realizar el funcionamiento para la administración de la atención de la salud y por otros medios, no es algo que la ley requiera y la información de salud esta relacionada solamente al asunto del cuidado de salud o a algún servicio por el cual usted o alguna persona que usted ha nombrado para que lo represente (que no sea el plan de salud) nos ha pagado su deuda en su totalidad.

- **Comunicaciones Confidenciales:** Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted en una manera confidencial mediante, por ejemplo, enviándole avisos a una dirección especial o por medio de no usar tarjetas postales para recordarle de sus citas programadas.

- **Obteniendo y Revisando Copias:** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de obtener y revisar una copia de su información médica. Tendremos que cobrarle por obtener dichas copias, para el franqueo (precio por el envío) y por los costos incurridos por proveerle un resumen de su información médica, si acaso resultan algunas.

- **Información Corregida:** Si usted cree que su expediente (archivo) contiene alguna información de su salud incorrecta, o si resulta que no se ha incluido alguna información importante en su expediente (archivo), usted tiene el derecho de solicitar que se corrija dicha información existente o que se agregue cualquier información que falte. Si nosotros rechazamos su solicitud para modificar, corregir o actualizar su expediente (archivo), le proveeremos con una explicación o razón por nuestro rechazo y le permitiremos que usted presente una declaración por escrito para que nos explique por que usted no esta de acuerdo con nuestra decisión de rechazo.

- **Explicación de las Divulgaciones:** Usted puede solicitar una lista de las veces en que hemos revelado su información médica durante los últimos seis años. Dicha lista no incluirá ciertas divulgaciones incluyendo, pero no limitándose a, las divulgaciones de tratamientos o pagos que se hayan hecho, los funcionamientos relacionados con su cuidado de salud, las divulgaciones en virtud de una autorización, o las divulgaciones para el directorio de la instalación o a personas involucradas en su cuidado médico. En el caso que hagamos divulgaciones de su información de salud mediante un archivo electrónico, dicha lista incluirá divulgaciones de tratamientos, pagos y los funcionamientos relacionados con su cuidado de salud que se hicieron durante los últimos tres años.

- **Copia de esta Notificación.** En cualquier momento, usted puede solicitar una copia impresa de esta notificación.

**Nuestro Deber Legal:** Nosotros estamos obligados por la ley de proteger y mantener la confidencialidad de su información médica y de mantenerlo a usted informado si se ha violado la confidencialidad de su información insegura de su salud. También estamos obligados por la ley de proveerle esta Notificación que explica sobre nuestro deberes legales y de las prácticas de confidencialidad con respecto a su información médica y de nuestro deber legal de cumplir con los términos de la notificación actualmente en vigor.

**Cambios en las Prácticas de Confidencialidad:** Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas de la confidencialidad y los términos de esta Notificación en cualquier momento y de establecer las nuevas políticas y disposiciones que se efectuarán para toda información de salud que esta en nuestra posesión al momento que tomemos dicha decisión. Usted puede obtener una copia de la Notificación revisada en cualquier momento mediante ponerse en contacto con el Oficial de la Confidencialidad o mediante ir a nuestro sitio del Internet a [www.choosenorthern.org](http://www.choosenorthern.org).

**Persona con quien se tiene que Comunicar:** Para más información sobre nuestras prácticas de confidencialidad, por favor, comuníquese con nuestro Director de la Administración de Información de Salud-Oficial de la Confidencialidad al (336)719-7000 extensión 5113 o escriba a: [NorthernRegionalHospital,DirectorofHealthInformationManagement,POBox1101,MountAiry,NC27030](mailto:NorthernRegionalHospital,DirectorofHealthInformationManagement,POBox1101,MountAiry,NC27030)

**QUEJAS:** Si usted esta preocupado de que nosotros hemos violado sus derechos de confidencialidad, o si usted no esta de acuerdo con alguna decisión que hayamos hecho en cuanto a sus registros, usted puede comunicarse con nuestro Oficial de Confidencialidad a la dirección y o número de teléfono que aparecen arriba. Usted también puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), escribiendo o llamando a: [RegionIV.OfficeforCivilRights,USDepartmentofHealthandHumanServices,AtlantaFederalCenter,Suite3B70](mailto:RegionIV.OfficeforCivilRights,USDepartmentofHealthandHumanServices,AtlantaFederalCenter,Suite3B70), 61 Forsyth Street, SW, Atlanta, GA 30303-8909. Phone (404) 562-7886 or FAX (404) 562-7881

**Usted no será castigado de ninguna manera por presentar una queja.**

Rev. 1/2009;9/13,9/19. Fecha vigente: La fecha vigente de esta notificación es del 23 de septiembre de 2013 WCSR 31225974 v1