

Beaufort Regional Health System

NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003

Si tiene preguntas sobre esta notificación, por favor marque (252) 975-4100 y pida hablar con el funcionario encargado de los asuntos de privacidad.

Esta notificación indica cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a ella. ¡Léala detenidamente!

- El término "información médica protegida" (protected health information, PHI) significa cualquier información médica que le identifique o que contenga hechos que hagan creer que la información es suya. En esta notificación, denominamos "información médica" a toda esta información médica protegida.

Cada vez que visita un hospital, a un médico u otro consultorio de atención médica, se hace un registro de su visita. Este registro usualmente contiene sus síntomas, el examen y los resultados de las pruebas, lo que el médico considera que usted tiene, cómo se va a tratar su problema, un plan de atención o tratamiento futuro y la información relacionada con la facturación. Esta notificación aplica a todos los expedientes de su atención en Beaufort Regional Health System, ya sea preparados por los empleados del hospital, representantes del hospital, su médico personal u otras personas.

I. ¿Quién usará esta notificación?

- Cualquier persona que pueda introducir información en su hoja clínica hospitalaria;
- Todos los departamentos, unidades, clínicas, etc. del hospital;
- Cualquier estudiante o voluntario al que permitamos ayudar mientras se encuentre en el hospital;
- Todos los empleados y personas que estén asociados con el hospital; y
- Todos los médicos y contratistas independientes que le proporcionen atención médica mientras se encuentre en Beaufort Regional Health System. *(Nota importante: estos médicos son individuos financiera, legal y físicamente independientes de Beaufort Regional Health System. El hecho de acatar esta notificación no les convierte en empleados ni agentes de Beaufort Regional Health System. Su médico personal puede tener normas de privacidad diferentes o diferentes notificaciones sobre el uso y la divulgación de su información médica por parte de su médico.)*

II. Nuestras responsabilidades de acuerdo con las leyes federales

Las leyes federales requieren que mantengamos privada su información médica, que le proporcionemos una copia de esta notificación de prácticas de privacidad, y que acatemos la notificación vigente. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a esta notificación y de poner en vigencia la notificación nueva respecto a toda la información médica que tengamos. Si hacemos un cambio importante en la notificación, publicaremos la notificación nueva en nuestras áreas de espera, y le proporcionaremos una copia de la notificación revisada si la solicita. Siempre puede obtener una copia de la notificación actualizada comunicándose con el funcionario encargado de los asuntos de privacidad.

III. Definiciones: **Divulgar** – *entregar o dar*. **Objetar** – *no desear que hagamos algo*. **Usar** – compartir información entre nosotros.

IV. Cómo usaremos y divulgaremos su información médica protegida.

Compartiremos entre nosotros su información médica según sea necesario para proporcionarle atención, obtener el pago de tal atención y operar nuestro negocio de manera efectiva. También podemos usar y divulgar su información médica para varios propósitos diferentes que describimos a continuación. Explicaremos el significado de cada una de las categorías de usos o divulgaciones descritos, y trataremos de darle un ejemplo. No se listarán todos los usos o divulgaciones en una categoría; sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar su información médica caerán dentro de una de las categorías.

A. Tratamiento, pago y operaciones de la atención médica (Treatment, Payment, and Healthcare Operations, TPO)

Tratamiento. Podemos usar y divulgar su información médica según sea necesario para proporcionarle, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados sin necesidad de obtener su consentimiento escrito por anticipado. Por ejemplo, si tiene la pierna rota, compartiremos su información médica con médicos, enfermeras, tecnólogos radiológicos y otros proveedores médicos que necesiten acceso a su información médica para poder dar tratamiento a su pierna rota.

Pago. Podemos usar su información médica para procesar el pago de nuestros servicios. Por ejemplo, nuestros empleados de facturación, cuentas pendientes y cobros pueden tener acceso a su información médica con propósitos

Beaufort Regional Health System

de pago. Por ejemplo, podemos compartir porciones de sus expedientes médicos con su compañía de seguros a fin de pedir la cobertura bajo su plan, y para la aprobación del pago antes de que le proporcionemos los servicios.

Operaciones de atención médica. Podemos usar su información médica para una variedad de actividades comerciales que denominamos “operaciones de atención médica”. Hacemos estos usos para poder mejorar la calidad de la atención que proporcionamos y reducir los costos de la atención médica. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar las destrezas de la enfermera que le proporciona servicios, o para saber cómo podemos mejorar nuestras instalaciones y servicios. Además, podemos compartir su información médica con nuestros contadores, abogados y otras personas que nos asisten en el cumplimiento de esta notificación y otras leyes.

B. Usos y divulgaciones a los que puede objetar. A menos que usted lo objete, podemos divulgar su información médica de las siguientes maneras:

- Directorio del hospital* – Podemos compartir su nombre, número de cuarto y condición médica general (como regular, estable, etc.) con los miembros del clero o las personas que pregunten por usted por su nombre.
- Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención* – Podemos dar su información médica a uno de sus familiares, amigo personal cercano o a cualquier persona, si usted indica que esa persona participa en su atención o en el pago de su atención. Si el paciente es menor de edad, consulte la Sección E de esta notificación.
- Auxilio en caso de desastre* – Podemos divulgar su información médica a una entidad pública o privada como la Cruz Roja Americana. Aunque usted lo objete, podemos compartir su información médica si se necesita en una situación de emergencia.

Si objeta el uso o divulgación de su información médica para cualquiera de los propósitos mencionados, por favor hable con nosotros y llene el formulario titulado “Objeción a ciertos usos o divulgaciones de información médica”.

C. Otros usos y divulgaciones que no requieren su consentimiento ni su autorización escrita previa. Podemos usar y divulgar su información médica sin su permiso en ciertas situaciones, que incluyen las siguientes:

1. **Cuando la divulgación sea requerida por las leyes federales o locales, procesos judiciales o administrativos o para la ejecución de la ley.** Existen muchas leyes federales, estatales y locales que nos requieren usar y divulgar su información médica. Por ejemplo, las leyes de Carolina del Norte nos requiere que reportemos heridas de bala u otras lesiones a la policía. Divulgaremos su información médica cuando la ley nos requiera reportar información a una agencia del gobierno, a una agencia de ejecución de la ley, o cuando recibamos una orden judicial u orden de comparecencia válida. También divulgaremos información cuando se sospeche el abuso o el descuido de un niño o de un adulto discapacitado.
2. **Cuando el uso y/o la divulgación sea para actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud (que básicamente es una agencia responsable de supervisar el sistema de atención médica o ciertos programas del gobierno). Por ejemplo, una agencia del gobierno puede solicitarnos información cuando investigan si estamos cumpliendo con las leyes y los reglamentos.
3. **Para actividades de salud pública o para prevenir amenazas graves a la salud y seguridad.** Podemos reportar información sobre ciertas enfermedades al departamento de salud de la localidad, y podemos proporcionar información a las agencias de ejecución de la ley o a otra persona si pensamos, de buena fe, que el uso o la divulgación es necesario para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o a la seguridad de una persona o del público.
4. **Para funciones especiales del gobierno.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para que realicen actividades legales de inteligencia, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
5. **Para el seguro obrero.** En caso de que su visita se relacione con una reclamación del seguro obrero, podemos divulgar su información médica en cumplimiento con las leyes del seguro obrero.
6. **Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud.** Podemos usar su información médica para recordarle que tiene una cita con nosotros, o para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios médicos que ofrecemos.
7. **Ejecución de la ley.** Podemos divulgar su información médica a los oficiales de ejecución de la ley si se amenaza con cometer un delito en las instalaciones del hospital o contra el personal hospitalario.
8. **Médicos forenses.** Podemos divulgar información médica a los médicos forenses y a los directores de funerarias según sea necesario para que cumplan con sus obligaciones, y a otros para la recopilación de estadísticas vitales o indagaciones sobre la causa del fallecimiento.

Beaufort Regional Health System

9. **Donación de órganos.** Podemos divulgar su información médica con propósitos de adquisición, o trasplante de órganos, ojos o tejido, o a un banco de órganos.
10. **Asociados comerciales.** Podemos divulgar su información médica a ciertas personas u organizaciones que nos ayudan a proporcionarle servicios.

D. Usos y divulgaciones que requieren su autorización

Las categorías de usos y divulgaciones de su información médica que no se listan sólo podrán hacerse con su permiso por escrito. Por ejemplo, si desea que divulguemos su información médica a una compañía de seguros cuando solicite un seguro de vida, le pediremos su autorización por escrito.

E. Cuando la ley de Carolina del Norte le proporcione mayor protección que la ley federal

En algunas circunstancias, la ley de Carolina del Norte le proporciona mayor protección que la ley federal; en estos casos, cumpliremos los requerimientos de la ley estatal. Por ejemplo:

1. **Su relación con su médico.** Para poder divulgar información confidencial de sus expedientes médicos bajo la ley estatal, le pediremos que firme un formulario de consentimiento que nos permita divulgar su información médica a otros para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto es diferente a la autorización mencionada en otras partes de esta notificación.
2. **Tratamiento de salud mental.** Le pediremos que firme un formulario de consentimiento en el que nos permite divulgar información sobre salud mental a otros con los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud. Las situaciones en las que podemos divulgar información sin su consentimiento incluyen las siguientes:
 - a. A nuestros empleados y asesores profesionales;
 - b. A agencias o personas que nos ayudan a desempeñar nuestras responsabilidades referentes a su atención o que supervisan nuestras operaciones;
 - c. Al servicio médico de emergencia;
 - d. A otras agencias de salud mental o a sus empleados a fin de coordinar su atención;
 - e. Si creemos que usted se encuentra en peligro inmediato o representa un peligro inmediato para otros;
 - f. Si sospechamos abuso o negligencia de un niño o de un adulto discapacitado;
 - g. Según lo requiera un proceso judicial referente a su estado de salud mental, como una audiencia de compromiso;
 - h. A las autoridades de salud pública si tiene una enfermedad contagiosa y tenemos razones para creer que no está siguiendo su plan de tratamiento; y
 - i. A su pariente más cercano si éste desempeña un papel en su tratamiento.
3. **Menores de edad.** Si el paciente es un menor de edad no emancipado bajo la ley de Carolina del Norte, no divulgaremos al padre o a otro tutor legal información que se relacione con la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades venéreas, embarazo (excepto en el caso de esterilización o aborto), abuso de drogas o alcohol, o trastornos emocionales sin el consentimiento del menor. Sin embargo, podemos proporcionar la información al tutor legal del menor bajo dos circunstancias: (1) si, en opinión del médico que atiende al paciente, la notificación es esencial para la vida o salud del menor; o (2) si el padre, tutor legal u otro custodio legal del menor se comunica con nosotros respecto al tratamiento del menor.
4. **Servicios de abuso de sustancias.** Si ha solicitado tratamiento o rehabilitación por abuso de sustancias, no divulgaremos su nombre a ningún oficial de la policía ni a ningún otro oficial de ejecución de la ley a menos que usted dé su consentimiento para que se haga tal divulgación. Continuaremos manteniendo la confidencialidad de su nombre aunque le refiramos a otro lugar para su tratamiento o rehabilitación. Le pediremos que firme un formulario de consentimiento en el que nos permite divulgar información médica con propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud. Las situaciones en las que podemos divulgar información sin su consentimiento incluyen las siguientes:
 - a. Nuestros empleados y agencias o individuos que nos ayudan a proporcionarle atención;
 - b. Al servicio médico de emergencia;
 - c. A otras agencias o a sus empleados a fin de coordinar su atención;
 - d. Si sospechamos abuso o negligencia de un niño;
 - e. Orden judicial u orden de comparecencia válida; o
 - f. A las agencias de ejecución de la ley sobre un delito o amenaza de delito en las instalaciones o contra los empleados del programa.
5. **Personas con VIH/SIDA o ciertas otras enfermedades contagiosas.** Además de lo que se describe arriba, no divulgaremos información referente a su estado respecto al SIDA, VIH u otra enfermedad contagiosa (como tuberculosis o sífilis) sin su permiso por escrito. Sin embargo, podemos divulgar tal información bajo circunstancias limitadas, como: (i) si no es posible determinar su identidad a partir de la información

Beaufort Regional Health System

divulgada; (ii) si la divulgación se requiere o está permitida para vigilancia, investigación o intervención en salud pública; o (iii) si requerimos divulgar la información en virtud de una orden de comparecencia u orden judicial.

V. Sus derechos referentes a su información médica

1. *Usted tiene derecho a pedirnos que limitemos la manera en que usamos o divulgamos su información médica.* Consideraremos su solicitud, pero no estamos obligados legalmente a aceptarla. Si aceptamos su solicitud, la documentaremos por escrito y la acataremos, excepto en situaciones de emergencia. No podemos limitar los usos requeridos por ley.
2. *Usted tiene derecho de seleccionar cómo debemos enviar su PHI a una dirección alternativa (por ejemplo, a la dirección de su empleo en lugar de a la dirección de su hogar), o por medios alternativos (por ejemplo, por correo electrónico en lugar de por correo regular).* Si podemos proporcionar fácilmente la información en el formato que usted solicita, debemos aceptar su solicitud y acatarla.
3. *Usted tiene derecho a ver y copiar su información médica* a menos que su acceso esté restringido por razones claras y documentadas de tratamiento, como por ejemplo notas de psicoterapia. Habrá costos asociados al proceso de copiado. Comuníquese con el Departamento de Expedientes Médicos para enterarse de estos costos. Tenemos 30 días para contestar su solicitud. Si denegamos su solicitud de ver o copiar la información, le daremos por escrito las razones de la denegación y le explicaremos su derecho de solicitar que se revise tal denegación. Usted puede tener acceso a su información llamando al Departamento de Expedientes Médicos al teléfono (252) 975-4229.
4. *Usted tiene derecho de solicitar por escrito que corriamos o añadamos información a sus expedientes médicos* si cree que hay un error o que falta información en nuestros expedientes de su información médica, por tanto tiempo como la información sea mantenida por o para el hospital. Responderemos en un plazo de 60 días a partir de que recibamos su solicitud por escrito. Podemos denegar su solicitud si (i) no se presenta por escrito; (2) no incluye una razón que apoye la solicitud; (iii) nosotros no creamos la información; (iv) la información no forma parte de la información médica que mantiene el personal; (v) la información no forma parte de los expedientes se le permite inspeccionar o copiar; o (vi) la información es correcta y está completa. Si denegamos su solicitud, le daremos por escrito las razones de la denegación. Usted puede presentarnos una declaración por escrito en la que expresa su desacuerdo con esta denegación, y nosotros podemos colocar todo este proceso en cualquier uso o divulgación futura de su información médica. Si aceptamos su solicitud de cambiar la información, haremos un esfuerzo razonable para informar este cambio a otros. Para solicitar una enmienda (cambio), debe presentar su solicitud por escrito y entregarla al administrador de expedientes médicos.
5. *Usted tiene derecho de recibir una lista de ciertas divulgaciones que hayamos hecho sobre usted.* Esto se le llama "registro de divulgaciones". Esta lista debe incluir la fecha, el nombre (y dirección si está disponible), una descripción breve de lo que se entregó, la razón por la cual se divulgó la información y a quién se entregó la información. Puede solicitar esta lista desde hace tanto como seis años, a partir del 14 de abril de 2003. Tenemos 60 días para responder a su solicitud por escrito. Puede recibir una copia de la lista al año sin cargo alguno. Las subsiguientes listas se le cobrarán.
6. *Usted tiene derecho a recibir una copia de esta notificación.* Usted puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, aunque haya aceptado que podemos proporcionar la notificación y cualquier costo involucrado mediante un mensaje electrónico u otros medios electrónicos. Si desea una copia impresa de esta notificación, comuníquese con el funcionario encargado de los asuntos de privacidad al teléfono (252) 975-4100.

VI. Cómo puede presentar una queja

Si piensa que es posible que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con nuestra decisión sobre el acceso a su información médica, tiene derecho de presentar una queja ante nosotros o ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Si desea presentar una queja, comuníquese con:

Privacy Officer
Beaufort Regional Health System
628 East 12th Street
Washington, NC 27889
(252) 975-4100 o (800) 685-6810
Dirección electrónica: gfloyd@brhealthsystem.org

O BIEN

Office of Civil Rights
US Department of Health and Human Services
Atlanta Federal Center; Suite 3B70
60 Forsyth Street, SW
Atlanta, GA 30303-8909
(866) 627-7748