

*Este documento describe como la información médica de usted puede ser usada y revelada, y como usted puede tener acceso a tal información.*

### **FAVOR DE REVISAR LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE**

**LOS QUE OBSERVAN ESTE ANUNCIO:** Todos los empleados de Bolingbrook Christian Health Center (BCHC).

Este anuncio describe nuestras políticas de privacidad. Todos los empleados de la clínica cumplen con los términos de esta noticia.

**NUESTRA PROMESA ACERCA DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:** Entendemos que la información médica de usted y el cuidado de su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica (PHI). Creamos un historial con los cuidados y servicios que recibe de nosotros. Necesitamos este historial p poder proveerle con un cuidado de calidad y para poder cumplir con ciertos requisitos legales. Este documento aplica a todos los historiales de su cuidado generados en esta clínica, hechos tanto por su doctor como por otros miembros. Este documento e informará acerca de las formas en que usamos y revelamos su información médica. También describe sus derechos sobre la información médica que mantenemos sobre usted, y las obligaciones que tenemos con respecto al uso y revelación.

La ley nos obliga a:

1. Estar seguros que la información médica que lo identifica a usted se mantenga privada;
2. Entregarle a usted este documento acerca de nuestros deberes legales y las practicas de privacidad con respecto a su información médica y;
3. Seguir los términos de este documento que están actualmente en uso.

**COMO PODEMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MEDICA D USTED:** Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que usamos y revelamos la información médica. Explicaremos o que cada categoría significa y trataremos de algunos ejemplos. No todos los usos de la información médica o su revelación se enumerados. Sin embargo todas las formas en que se nos permite usar y revelar información médica entran dentro de una de las categorías.

**Para Tratamiento:** Usaremos la información médica de usted para proveerle con tratamientos o servicios médicos. Podemos revelar su información médica a doctores enfermeras, técnicos, estudiantes de carreras relacionadas con la salud, u otro personal relacionado con su cuidado. Este personal puede trabajar en nuestras oficinas, en el hospital, o en otro consultorio médico, laboratorio, farmacia, a un proveedor diferente de servicios médicos a quien podamos referirlo para consultas, toma de rayos X, exámenes de laboratorio, para tener sus medicinas, o para otros propósitos relacionados su tratamiento. Por ejemplo, un doctor que este tratándole debido a una pierna quebrada, puede necesitar saber si usted tiene diabetes, porque la diabetes podría hacer su proceso de curación más lento. Adicionalmente, el doctor podría necesitar hacerle saber al dietista en el hospital si usted tiene diabetes, de modo que nosotros podamos plan Las comidas apropiadas. También revelaremos información médica acerca de usted a una entidad de asistencia en caso de desastres, de este modo su familia puede ser notificada acerca de su condición, status y ubicación.

**Para Pagos:** Podemos usar y revelar su información médica para que el tratamiento y los servicios recibidos por usted de parte de nosotros sean cobrados y pagados por usted, por una compañía de seguros médicos, o por una tercera persona. Por ejemplo, podríamos necesitar revelar la información de su consulta médica a su compañía de decirle a su compañía de seguro medico acerca del tratamiento que usted esta recibiendo y así conseguir la aprobación previa, o para determinar si su plan medico cubrirá el tratamiento.

**Para Funcionamiento de la Clínica:** Podemos usar y revelar la información médica de usted para la revisión de nuestra práctica del cuidado médico. Estos usos y revelaciones son necesarios para hacer nuestro trabajo y estar seguros que todos nuestros pacientes reciben un cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos usar la información médica para revisar nuestros tratamientos y servicios, y evaluar el trabajo de nuestros empleados e su cuidado. Podríamos también combinar la información médica de muchos pacientes para decidir que servicios adicionales le ofreceremos, que servicios no son necesitado si algunos de los nuevos tratamientos son eficaces, o para comparar nuestro servicio con el de otras instituciones médicas, y así ver donde podemos hacer mejoras. Podemos remover la información que lo identifica a usted, de este modo otros pueden realizar investigaciones acerca del cuidado medico dado sin saber quienes so específicamente nuestros pacientes.

**Recordarle Citas Médicas:** Podemos usar y revelar su información médica contactarle y así recordarle que tiene una cita médica. Favor de dejamos saber si usted no desea que le contactemos para recordarle su cita, o si desea que le contactemos en un número diferente de teléfono o en una dirección diferente.

**Servicios y Tratamientos Alternativos de la Salud:** Podemos usar y revelar información médica para informarle de servicios de salud o para recomendarle tratamientos posibles o alternativas que puedan interesarle. Favor de dejarnos saber si no quiere que le mandemos esta información, o si prefiere que se la mandemos a otra dirección.

**Actividades de Recaudación de Fondos:** Podemos usar la información médica de usted para determinar la demografía de nuestros pacientes para el propósito de escribir becas y tener recaudaciones de fondos.

**Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o revelar información médica sobre usted para propósitos investigativos. Por ejemplo, un proyecto de investigación acerca de comparar la salud y recuperación de todos los pacientes quienes han recibido un tipo de medicación, frente a los que han recibido otra para tratar la misma condición. El Quality Assurance Committee (es decir, el Comité de Garantía de Calidad) directorio del BCHC tiene que aprobar todo proyecto de investigación. Este comité asegura que todos los proyectos sean de beneficio o directa o indirectamente a nuestros pacientes. El proceso de aprobación también evalúa el proyecto propuesto y el uso de la información médica que éste le dará, tratando de equilibrar las necesidades del proyecto con las de los pacientes, en términos de la privacidad de su información médica. Obtendremos el permiso de usted por escrito para usar su información médica (PHI) por propósitos investigativos a menos que el Quality Assurance Committee haya determinado que:

1. el uso o la revelación implica no más que un riesgo mínima de su privacidad basado en lo siguiente:
  - a. un plan adecuado para evitar que la información que le identifica a usted sea usado o revelado indebidamente;
  - b. un plan adecuado para destruir la información que le identifica a usted tan pronto como sea posible de acuerdo con la investigación (a menos que la salud o la investigación justifique la retención de su información o retención sea requerida por la ley); y
  - c. promesas adecuadas por escrito que su información médica (PHI) no será usada ni revelada a otra persona o entidad (a menos que sea requerido por la ley) para la vigilancia autorizada de la investigación, o para investigación para la cual el uso o la revelación sería permisible;
2. la investigación no se podría llevar a cabo sin el permiso; y
3. la investigación no se podría llevar a cabo sin el acceso a y el uso de su información (PHI).

Antes de usar o revelar la información médica para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso; sin embargo podemos revelar información médica de usted a la gente que esta preparando el proyecto de investigación. Es decir, podrían ayudarles a investigadores potenciales a buscar pacientes con específicas necesidades médicas, siempre y cuando esta información no salga de nuestra clínica.

**Donación de órganos y tejido.** Si usted sea donador de los órganos, podemos dar información médica a organizaciones que dirigen la obtención de los órganos, o el transplante de los órganos, o el banco de donaciones de órganos, como sea necesario para facilitar la donación o el transplante de los órganos y el tejido.

**Cuando es Requerido por la Ley:** Revelaremos información médica de usted cuando, o sea requerido por la ley federal, estatal o local.

**Para Evitar una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad:** Podemos usar y revelar la información médica de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sería dada solamente a la persona capaz de prevenir la amenaza.

**Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas o ha sido separado o relevado del servicio militar, podemos entregar información médica sobre usted si es requerido por las autoridades del comando militar o por el Departamento de Asuntos para los Veteranos. Podemos también entregar la información médica de un militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.

**Compensaciones para los Trabajadores:** Podemos entregar información médica de usted a los programas de compensación a los trabajadores, u otros programas parecidos. Estos programas proveen beneficios en caso de accidentes de trabajo o enfermedad.

**Riesgos a la Salud Pública:** Podríamos revelar información médica de usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

1. Prevenir o controlar de enfermedades, heridas o invalidez;
2. Reportar nacimientos y muertes;
3. Reportar abuso o negligencia con los niños;
4. Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos;
5. Notificar a la gente de la recolección de los productos médicos que se usando;
6. Notificar a la persona u organización que requiere recibir información de los productos vigilados por la FDA;
7. Notificar si una persona pudo haber sido expuesta a una enfermedad, si puede estar en riesgo de contraer o contagiar esta enfermedad o condición;
8. Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia, o violencia domestica. En este caso, nosotros solo revelaremos esta información si usted esta de acuerdo o cuando es requerido o autorizado por la ley.

**Supervisión de las Actividades Médicas:** Podemos revelar información médica a las agencias de supervisión de actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, y permisos. Estas actividades son necesarias para que el gobierno compruebe el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernativos, y el cumplimiento de las leyes civiles.

**Pleitos y Disputas:** Si usted se encuentra envuelto en un pleito o una disputa, puede revelar información médica de usted en respuesta a una corte o una orden administrativa. Podemos también revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación legal, descubrimiento, u otro proceso legal hecho por alguien más envuelto en la disputa pero solo si los esfuerzos han sido hechos para informarle de este requerimiento o para obtener una orden que proteja la información requerida.

**Imposición de la Ley:** Podemos entregar información médica si es pedida por imposición oficial de la ley:

1. Para reportar ciertas heridas, como requiere la ley, incluso las heridas e tiros, quemaduras, y heridas a los que Comitan crímenes;
2. En respuesta a una orden de la corte, orden judicial, orden de captura, cita o procesos similares;
3. Para identificar o localizar a un sospechoso, a un fugitivo, a un testigo material, o a una persona perdida, -El nombre y la dirección, la fecha de nacimiento o lugar de nacimiento, el número de seguro social, el tipo sanguíneo o el factor Rh, el tipo de herida, la fecha y la hora de tratamiento y/o muerte, si sea aplicable, y una descripción de los rasgos físicos.
4. Se entregará información de una víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, somos incapaces de obtener la autorización de la persona;
5. Sobre una muerte, la cual nosotros creemos podría ser resultado de conducta criminal;
6. Sobre una conducta criminal en nuestra clínica; y
7. Para reportar un crimen en circunstancias de emergencia, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identificación, descripción, o localización de la persona que cometió el crimen.

**Médicos Forenses y Directores de Funeral:** Podemos entregar información médica a medico forense o examinador medico. Esto podría ser necesario por ejemplo, para identificar a una persona muerta o la causa de su muerte. Podríamos entregar información de los pacientes a los directores de funerarias para que puedan cumplir con sus deberes.

**Actividades de Inteligencia y Seguridad Nacional:** Podríamos entregar información médica de usted a agentes federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Servicios de Protección al Presidente y Otras Personas:** Podríamos revelar información médica de usted a agentes federales autorizados, de modo que ellos puedan proveer protección al Presidente, a otras personas autorizadas, o a cabezas de estados internacionales, o para conducir investigaciones especiales.

**Prisioneros:** Si usted es un prisionero en una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos entregar información médica acerca de usted a éstos. La entrega de esta información es necesaria (1) para que la institución correccional le provea de cuidado medico; (2) para proteger su salud y seguridad o la de otras personas o (3) para mantener la seguridad de la institución o correccional.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos de usted:

**Derecho a Inspeccionar y Copiar:** Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar la información médica que podría ser usada para tomar decisiones acerca de su cuidado. Usualmente, esto incluye su historial médico y de recibos médicos.

Para esto usted debe presentar una petición, por escrito al Director Administración del BCHC. Si usted pide una copia de la información podemos cobrarle por el costo de la copia, del envío, o de otros materiales y servicios asociados con su petición.

Podríamos negar su petición de inspeccionar y copiar su información médica en algunas circunstancias determinadas. Sin embargo usted puede solicitar que la negación de su petición sea revisada. En este caso, otro profesional licenciado en el cuidado de la salud escogido por nuestra clínica (*generalmente un ejecutivo Medical del BCHC*) revisará su petición y la negación de esta. Esta persona no será la persona que negó su petición. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a Corrección:** Si usted cree que la información médica que nosotros tenemos de usted es incorrecta o incompleto, usted puede pedir la corrección de la información. Usted tiene el derecho de pedir una corrección mientras mantenemos la información. Para solicitar una corrección, usted debe hacer su petición en forma escrita y somete a al Director Administrativo del BCHC. Debe explicar en esta petición los razones las cuales usted esta solicitando la corrección.

Nosotros podríamos negar su solicitud de corrección si esta no es escrita, o si la carta no incluye una razón que soporte la solicitud. Negaremos su petición de corrección si la información que usted solicita ser corregida:

1. No fue creada por nosotros, excepto que la personal o entidad que crearon la información no pueden hacer la corrección;
2. No hace parte de la información médica que mantenemos en nuestra clínica;
3. No hace parte de la información que usted puede inspeccionar copiar; o

4. Es precisa y completa.

Cualquier corrección que hagamos de su información médica será revelada a las personas con quienes revelamos información como previamente hemos especificado.

**Derecho a un Reporte de las Revelaciones de su información Médica:** Usted tiene el derecho de solicitar una lista de alguna de las revelaciones sobre su salud médica que hemos hecho, excepto por concepto de usos y revelaciones para tratamiento, pagos, funcionamiento de la clínica, como previamente describimos.

Para pedir una lista de revelaciones, usted debe presentar una carta al Director Administrativo del BCHC. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no mayor a 6 años y no debe incluir información médica obtenida antes del 14 de abril del 2003. Le cobraremos los costos de proveerle con estas. Le notificaremos acerca del costo las listas, y usted tendrá la opción de entregar el dinero o modificar su solicitud antes que hallemos incurrido en alguno de los costos. Le enviaremos la lista de las revelaciones de su información médica dentro de los 30 días siguientes a su petición, o le informáramos si somos incapaces de proveerle con la lista dentro del periodo de tiempo estipulado, y en qué fecha se la podremos entregársela; este período de tiempo no deberá exceder de 60 días desde la fecha que realizó su petición.

**Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar la restricción o limitación de la información médica que nosotros usamos o revelamos acerca de usted para tratamientos, pagos o funcionamiento de la clínica. También tiene el derecho de solicitar un límite de la información que revelamos de usted a alguien involucrado su cuidado o en el pago de su cuidado medico, como un miembro de su familia o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que restrinjamos el uso que una enfermera esta hacienda de familia o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que restrinjamos el uso que una enfermera esta hacienda de su información, o que no le revelemos la información a su esposa o esposo de una cirugía que usted tuvo.

**No estamos obligados a estar de acuerdo con usted en sus peticiones de restricción de la información si no nos es viable para nosotros asegurar nuestro cumplimiento o si creemos que esto afectará negativamente el cuidado que le otorgamos.**

Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su pedido al menos que la información sea necesitada para darle un tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su petición en forma escrita y someterla al Director Administrativo del BCHC. En su petición, es necesario informarnos de la información específica que usted quiere que limitemos y de la persona o las personas a quienes usted quiere que no se enteren de su información. Por ejemplo, el uso de cualquier información por una enfermera específica o la revelación de una cirugía a su esposa o esposo.

**Derecho a Solicitar Confidencialidad en las Comunicaciones:** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierta locación. Por ejemplo, usted puede pedirnos que solo le contactemos en el trabajo o en una casilla postal.

Para solicitar la confidencialidad en las comunicaciones, usted debe hacer su petición en forma escrita y someterla al Director Administrativo del BCHC. No le preguntaremos la razón por su solicitud. Nos acomodaremos a todas las peticiones que sean razonables. Su petición debe especificar como, cuando o donde usted desea que le contactemos.

**Derecho a Tener una Copia de Este Documento:** Usted tiene el derecho de obtener una copia de este documento en cualquier momento. Se o puede solicitar de los empleados de BCHC.

**CAMBIOS EN ESTE DOCUMENTO** - Nos reservamos el derecho de cambiar este documento. Nos reservamos el derecho de poner en efecto tales cambios o revisiones de la información médica que ya mantenemos acerca de usted y la información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de los cambios o revisiones en nuestra clínica. Este anuncio contendrá en la parte superior de la primera página la fecha de efectividad de los cambios. Se puede pedir una copia de este documento en cualquier momento y le daremos una copia que tiene los más recientes cambios.

**QUEJAS** - Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, debe presentar una queja a nosotros o a la Secretaria del Departamento de Servicios Humanos y de Salud. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

**OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA** - Los usos y revelaciones de la información médica que no se encuentran cubiertos en e documento o por las leyes que aplican a nuestra clínica, serán hechos solo con su pe escrito. Si usted nos otorga el permiso de usar a revelar información médica sobre usted, tiene la posibilidad de revocar este permiso, haciéndolo de forma escrita, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, jamás usaremos o revelaremos su información médica que nos hubiera permitido usar a revelar anteriormente. Debe entender e somos incapaces de enmendar cualquier revelación que ya hayamos hecho bajo u permiso, y que estamos obligados a mantener los historiales del cuidado médico le proveímos.

**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE ESTE DOCUMENTO** - Le pedimos que firme un formulario o recibo que indica que usted recibió una copia e este documento. Si prefiere o si no es capaz de firmarlo, un personal de nuestra oficina o firmará y fechará. Pondremos esto en su historial médico.

REFERENCIAS: [www.hipaadocs.com](http://www.hipaadocs.com)(12/02) AAFP HIPPA Privacy Manual, Revised October, 2002 **Fecha Efectiva 14 de abril de 2003**

*Si usted tiene cualquier pregunta de este anuncio, favor de comunicarse con Director Administrativo del **Bolingbrook Christian Health Center** (630) 783-2832.*