

Joint Notice of Privacy Practices

Aviso de Practicas de Privacidad

Este Aviso Conjunto de Practicas de Privacidad (Aviso) describe como se puede utilizar y divulgar su informacion de salud, y como usted puede obtener acceso a dicha informacion. Por favor examínelo cuidadosamente. Este Aviso se le esta proporcionando en nombre de **FACEY Medical Foundation/Facey Medical Group (FACEY)**, su personal medico y otros proveedores (a quienes en este documento se hace referencia en forma conjunta como "nosotros" o "nuestro").

FACEY tiene el compromiso de proteger la confidencialidad de su informacion de salud

La ley requiere que mantengamos la privacidad de su Informacion Protegida de Salud (comumente llamada PHI, del ingles *Protected Health Information*, o informacion de salud), incluyendo la PHI en formato electronic°. Tambien se requiere que le notifiquemos acerca de nuestros deberes legales y practicas de privacidad concernientes a su informacion de salud y que obremos de acuerdo con las practicas incluidas en este Aviso, a no ser que se apliquen (eyes o reglamentaciones mas estrictas. Este Aviso se aplica a todos los establecimientos, servicios y programas de **FACEY** que le proporcionan atencion a la salud.

Aplicacion de este Aviso

Las practicas de privacidad de informacion que se describen en este Aviso seran observadas por:

- Cualquier profesional de atencion a la salud que le atienda a usted en cualquiera de nuestras ubicaciones.
- Todos los establecimientos, departamentos y unidades, incluyendo hospitales, centros quirurgicos, atencion en el hogar, clinicas y otras filiales.
- Todos los miembros de la plantilla, tales como empleados, personal medico, aprendices, estudiantes, voluntarios y otras personas bajo nuestro control directo, ya sea que reciban pago de nosotros o no.
- Otros proveedores de atencion a la salud que hayan accedido a obrar de acuerdo con este Aviso de Practicas de Privacidad.

Este Aviso proporciona informacion detallada acerca del modo en que podriamos utilizar y divulgar su informacion de salud con o sin autorizacion, asi como mas informacion acerca de sus derechos especificos con respecto a su informacion de salud.

Usos y divulgaciones de su informacion de salud que podriamos hacer sin su autorizacion

Para ponernos en contacto con usted: Su informacion se podria utilizar para comunicarnos con usted a fin de recordarle citas, proporcionar resultados de pruebas, informarle acerca de opciones de tratamiento o aconsejarle acerca de otros beneficios y servicios relacionados con Ia salud.

Tratamiento: Su informacion se podria compartir con cualquier proveedor de atencion a la salud que le este proporcionando servicios de atencion a la salud. Esto incluye coordinar su atencion con otros proveedores de atencion a la salud y proporcionar referencias a otros proveedores de atencion a la salud. Algunos ejemplos de proveedores de atencion a la salud que podrian necesitar su informacion para atenderle son: su medico, farmaceutico, enfermero, y otros proveedores tales como fisioterapeutas, proveedores de salud en el hogar y tecnicos en radiologia. Podriamos compartir su informacion con sus proveedores de atencion a la salud en forma electronica, a fin de asegurarnos de que cuenten con ella lo m6s r6pidamente posible para poder atenderle.

Podriamos compartir su informacion de salud con cualquier miembro de la familia o amigo que este involucrado en ayudar con su atencion a la salud. Solo lo haremos si usted accede o no se niega a ello, y solo compartiremos con ellos Ia informacion que necesiten para poder ayudarle. Si usted no puede acceder o negarse a dicha divulgacion, podriamos divulgar su informacion de atencion a la salud segun sea necesario, si determinamos que, basado en nuestro criterio profesional, esto es en su propio beneficio. Luego de su fallecimiento, podriamos divulgar informacion de salud a un miembro de la familia, pariente, u otra persona que haya estado involucrada en su atencion a la salud o en el pago de atencion a Ia salud, si esto no contradice sus preferencias expresadas anteriormente.

Pago: A fin de obtener pago por sus servicios de atencion a la salud, podriamos tener que proporcionar su informaci6n de salud a Ia parte responsable de pagar. Esto podria incluir a Medicare, Medicaid (plan de salud estatal) o su compania de seguro. Su comparila de seguro o plan de salud podrian necesitar su informacion para actividades tales como determinar su elegibilidad para Ia cobertura, examinar la necesidad medica de los servicios de atencion a la salud que se le proporcionan, o dar aprobacion para estadias o servicios hospitalarios.

Operaciones de atención a la salud: Su información de salud podría utilizarse con el fin de dar apoyo a nuestras actividades de negocios, y para asegurarnos de que se estén proporcionando servicios de atención a la salud de calidad. Algunas de estas actividades incluyen evaluaciones de la calidad, revisión de pares o empleados, capacitación del personal médico, otorgamiento de licencias y acreditaciones, consolidación de datos y auditorías por parte de agencias reguladoras.

Podríamos compartir su **PHI** con terceros que lleven a cabo servicios tales como transcripción o facturación. En esos casos tenemos acuerdos por escrito con dichos terceros estableciendo que no utilizarán ni divulgarán su información de salud excepto cuando la ley así lo permita.

También podríamos utilizar su información (nombre, dirección, fecha de nacimiento, departamento del servicio, médico tratante, fechas del tratamiento, resultados) para nuestras actividades de recaudación de fondos. **Usted tiene derecho a optar por excluirse de recibir tales comunicaciones.** Si no desea recibir estos materiales, pongase en contacto con la oficina de nuestra fundación y solicite que no se le envíen.

A menos que usted se oponga, su nombre y ubicación podrán incluirse en nuestro directorio de pacientes. Si se los incluye, compartiremos solamente información muy limitada acerca de usted, tal como su ubicación en el hospital y estado general, con cualquier persona que pregunte por usted utilizando su nombre. Si opta por proporcionar su afiliación religiosa y no se opone, podríamos proporcionar su nombre y número de habitación al clero de su fe o comunidad religiosa.

Este Aviso también describe las prácticas de privacidad de un Acuerdo Organizado de Atención a la Salud (u "OHCA", del inglés *Organized Health Care Arrangement*) entre nosotros y ciertos proveedores y organizaciones de atención a la salud elegibles. Un OHCA permite que entidades cubiertas legalmente separadas utilicen y divulguen PHI para el funcionamiento conjunto del acuerdo. Nosotros participamos en un acuerdo de este tipo entre organizaciones de atención a la salud que han acordado trabajar juntas para facilitar el acceso a la información de salud pertinente a su atención. Por ejemplo, si usted se presenta en un hospital para recibir atención de emergencia y no puede proporcionar información importante acerca de su salud, el OHCA nos permitirá utilizar la PHI de usted que obtengamos de nuestros participantes OHCA para atenderle. Cuando se la necesita, tener fácil acceso a su PHI significa una mejor atención para usted.

Almacenamos la información de salud de nuestros pacientes en un registro de salud electrónico conjunto con otros proveedores de atención a la salud que participan en este OHCA. Providence y los miembros del OHCA deben poder compartir libremente su información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención a la salud. Por este motivo, hemos creado el OHCA y este Aviso Conjunto. Los miembros del OHCA pueden optar por tener su(s) propio(s) Aviso(s). Para obtener información acerca de las organizaciones que participan en nuestro OHCA, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad (Privacy Office) que se indica en este Aviso.

Otros usos y divulgaciones que podríamos hacer sin su autorización

Hay varias maneras en las que su información de salud se podría utilizar o divulgar sin su autorización. Por lo general, estos usos y divulgaciones son requeridos por la ley o son para la seguridad y salud pública.

Cuando la ley lo requiere: Podríamos utilizar o divulgar su información de salud cuando la ley lo requiera. Si esto sucede, cumpliremos con la ley y solamente divulgaremos la información necesaria.

Salud pública: Podríamos divulgar su información de salud a una autoridad de salud pública para actividades de salud pública. Las actividades de salud pública incluyen prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidades, y responder a denuncias de abuso, negligencia o violencia doméstica. Podríamos divulgar su información de salud a una persona o agencia cuyo deber sea denunciar eventos adversos, defectos o problemas en productos, desviaciones en productos biológicos, o para la reparación de productos, su reemplazo o su retirada del mercado. Cualquier divulgación de esta naturaleza se hará de manera congruente con la ley estatal y federal.

Supervisión de la salud: Podríamos divulgar su información de salud a las agencias de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión de la salud incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención a la salud, programas gubernamentales de beneficios, programas gubernamentales reguladores y derechos civiles.

Acciones legales: Podríamos utilizar o divulgar su información de salud en respuesta a una orden de la corte o administrativa en una acción administrativa o judicial, o en respuesta a una citación judicial, una solicitud de proposición de pruebas, u otro proceso legal.

Aplicacion o ejecucion de la ley: Podriamos utilizar o divulgar su informacion de salud para fines de aplicacion o ejecuci6n de la ley. Algunos ejemplos son (1) responder a procesos legales; (2) proporcionar informacion limitada para identificar o localizar a un sospechoso; (3) proporcionar informacion acerca de victimas de delitos; (4) denunciar sospechas de que una muerte ha sido resultado de una conductas delictiva; (5) denunciar un delito que ocurra en nuestras instalaciones; y (6) en el caso de emergencias medicas, denunciar cuando parezca probable que ha ocurrido un delito.

Evitar una amenaza grave: Podriamos utilizar o divulgar su informacion de salud si creemos de buena fe que el use o la divulgacion son necesarios para evitar o mitigar una amenaza grave o inminente a la salud y Ia seguridad de una persona o del ptjblico. La divulgacion solo podrO hacerse a una persona razonablemente capaz de evitar o mitigar la amenaza.

Forenses, agentes de funerarias y donacion de organos: Podriamos divulgar su informacion de salud a un medico legista o forense para fines de identificacion, para determinar la causa de Ia muerte, o para otros deberes requeridos legalmente. Podriamos divulgar su informacion de salud a un agente de una funeraria a fin de permitirle lIevar a cabo sus deberes. Podriamos divulgar su informacion para hacer posible la donaci6n de un organo, ojo o tejido.

Investigacion: Podriamos divulgar su informacion de salud a investigadores, siempre que la investigacion haya sido aprobada por una Junta Institucional de Revision y/o una Junta de Privacidad, y que los protocolos de la investigacion hayan sido aprobados para garantizar su privacidad. Podriamos divulgar informaci6n de atenci6n a la salud sobre usted a personas que se esten preparando para realizar un proyecto de investigacion.

Actividad militar y seguridad nacional: Podriamos divulgar informacion de salud del personal de las Fuerzas Armadas: (1) para actividades que las autoridades adecuadas de comando militar consideren necesarias; (2) para fines de una determinacion por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos con respecto a su elegibilidad para beneficios; o (3) a una autoridad militar extranjera si usted es miembro de dicho servicio militar extranjero. Tambien podriamos divulgar su informacion de salud a representantes federates autorizados con el fin de realizar actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluyendo proporcionar servicios de proteccion at Presidente u otros legalmente autorizados para recibir informacion.

Reclusos/Detenidos: Podríamos utilizar su información de salud o divulgarla a un representante de las fuerzas del orden o una institución correccional si usted es un recluso en un establecimiento correccional, o si se encuentra en custodia y la información es necesaria para tratarle o para proteger la salud y la seguridad de usted, de otros reclusos, de los empleados del establecimiento correccional, o de otros.

Compensación al trabajador: Podríamos utilizar o divulgar su información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación al trabajador y otros programas similares legalmente establecidos.

Ayuda en caso de desastres: Podríamos divulgar información de atención a la salud sobre usted a una entidad que esté prestando asistencia en una iniciativa de ayuda en caso de desastres, de modo que se pueda notificar a su familia y amigos acerca de su condición, estado y ubicación.

Usos y divulgaciones de su información de salud que podríamos hacer con su autorización

Ciertos usos y divulgaciones de su información de salud, incluyendo mercadotecnia, venta de información de salud, o publicación de notas de psicoterapia, se harán solo con su autorización por escrito. Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hubiéramos tomado acción en virtud de dicha autorización.

Los usos y las divulgaciones que de otro modo no se describen en el presente Aviso se harán solamente con su autorización escrita.

Las leyes federales y estatales podrían aplicar limitaciones adicionales sobre la divulgación de su información de salud para programas de tratamiento contra el abuso de drogas o alcohol, enfermedades de transmisión sexual, o programas de tratamiento para la salud mental. Cuando la ley lo requiera, obtendremos su autorización antes de dar a conocer este tipo de información.

Sus derechos

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene derecho a pedirnos que coloquemos restricciones sobre el modo en que utilizamos o divulgamos su información de salud para operaciones de tratamiento, pago o atención a la salud. Consideraremos su solicitud, pero no se nos requiere acceder a la restricción (excepto tal como se describe a continuación). Si accedemos a una restricción, no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud infringiendo

dicha restriccion, a menos que sea necesario para una emergencia. Si una restricciOn deja de ser viable, se lo notificaremos.

Derecho a restringir la divulgacion a planes de salud: Usted puede solicitar por escrito, en el momento de recibir un servicio, que no divulguemos informacion a los planes de salud cuando usted haya pagado un desembolso en su totalidad por articulos o servicios. Si se cumplen ciertas condiciones, debemos acceder a no divulgar esta informacion a su plan de salud.

Comunicaciones confidenciales: Accederemos a las solicitudes que sean razonables de comunicarnos con usted con respecto a su informacion de salud utilizando metodos diferentes o ubicaciones alternativas. Por ejemplo, si usted esta cubierto en un plan de salud pero no es el suscriptor, y le gustaria que su informaci6n de salud se envíe a una direcci6n diferente de la del suscriptor, generalmente podremos satisfacer su deseo.

Notificaciones sobre violaciones a la seguridad: Usted tiene derecho a recibir notificaciones sobre violaciones a la seguridad de su informacion de salud tal como la ley lo requiera.

Acceso a su informacion de salud: Usted tiene derecho a recibir una copia de la informacion de salud que mantenemos sobre usted, con algunas excepciones limitadas. Puede solicitar tener acceso a su informacion por escrito y puede solicitar una copia de su informaci6n en formato electronicº. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa razonable por el costo de preparar y proporcionar su informacion de salud. Usted tiene derecho a solicitar que su informaci6n de salud se envíe a cualquier persona o entidad, tal como otro medico, cuidador o registro de salud personal en linea.

Enmiendas a su informacion de salud: Usted tiene derecho a pedirnos que enmendemos su informacion de salud. Necesita solicitar esta enmienda por escrito y presentarla ante el departamento de registros medicos del establecimiento. Podriamos denegar su solicitud en ciertas situaciones, tal como cuando la informacion de salud que se encuentra en sus registros ha sido generada por otro proveedor, o si determinamos que su informacion es exacta y completa. Toda denegacion se hara por escrito. Usted tiene derecho a apelar nuestra denegacion presentando una declaracion de desacuerdo por escrito.

Contabilizacion de ciertas divulgaciones: Usted tiene derecho a un listado de las divulgaciones que hacemos de su informacion de salud, excepto en el caso de aquellas divulgaciones que se hacen para operaciones de tratamiento, pago o

atención a la salud, o aquellas divulgaciones que se hacen conforme a su autorización. El tipo de divulgaciones que normalmente se incluyen en un listado son las divulgaciones que se hacen para fines obligatorios de salud pública, aplicación y ejecución de la ley, acciones legales, o para otros informes requeridos, tales como certificados de nacimiento y defunción.

Ejercer sus derechos: Para ejercer cualquiera de los derechos que se mencionaron anteriormente, o si necesita compartir su información de salud con alguien para fines que no son los que aquí se indican, póngase en contacto con el departamento de registros médicos correspondiente.

Preguntas y quejas

Si tiene preguntas o le preocupa que se haya infringido alguno de sus derechos a la privacidad, sírvase ponerse en contacto con nuestro Funcionario de Privacidad en el **1-(800) 628-7768**. También tiene derecho a quejarse ante el Secretario de Servicios Humanos y de Salud en:

Office for Civil Rights (Oficina para los Derechos Civiles) — AK, WA, OR, MT

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EE. UU.)

2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11

Seattle, WA 98121-1831

Office for Civil Rights (Oficina para los Derechos Civiles) — CA

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EE. UU.)

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

No se tomaren represalias contra usted por presentar una queja.

Cambios al Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso en cualquier momento. Las nuevas disposiciones del Aviso tendrán vigencia para toda la información protegida de salud que mantengamos. Usted puede ver una copia de nuestro Aviso más reciente en nuestro sitio web en www.facey.com, o puede solicitar una copia actual en cualquier momento al departamento de registros médicos, al funcionario de privacidad, o al personal de inscripción.