| **Your information.**  **Your rights.**  **Our responsibilities/Su información.**  **Sus derechos.**  **Nuestras responsabilidades.** | Este aviso describe de qué manera se puede utilizar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede acceder a dicha información. **Por favor, revíselo con detenimiento.** |
| --- | --- |

|  | **Usted tiene derecho a:**   * Obtener una copia de su historia clínica en físico o en formato electrónico. * Corregir su historia médica en físico o formato electrónico. * Solicitar que la comunicación con usted sea confidencial. * Pedirnos que limitemos la información que compartimos. * Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información. * Obtener una copia de este aviso de privacidad. * Elegir a alguien que actúe en su nombre. * Presentar una queja si cree que se ha violado su derecho a la privacidad. |
| --- | --- |
|  | **Usted cuenta con algunas opciones en cuanto a la forma en que usamos y compartimos información, tales como:**   * Informar a familiares y amigos sobre su condición. * Proporcionar ayuda en caso de desastre. * Incluirlo en un directorio hospitalario. * Brindar atención de salud mental. * Mercadear nuestros servicios y vender su información. * Recaudar fondos. |

|  | **Podemos usar y compartir su información para:**   * Brindarle atención médica. * Gestionar nuestra organización. * Facturar por los servicios que le prestamos. * Ayudar con cuestiones de salud y seguridad pública. * Realizar investigaciones. * Cumplir con la ley. * Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos. * Colaborar con un forense o director de funeraria. * Tratar asuntos de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales. * Responder a demandas y acciones legales. |
| --- | --- |



|  | **En lo que respecta a la información de su salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle. |
| --- | --- |

| **Obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica** | * Usted podrá solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica o cualquier otra información de salud suya que tengamos. Pregúntanos cómo hacerlo. * Le daremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos. |
| --- | --- |
| **Pedirnos que corrijamos su historia clínica** | * Usted podrá solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacerlo. * Podemos negarnos a su solicitud, pero le diremos por escrito la razón en un plazo de 60 días. |
| **Solicitar comunicaciones confidenciales** | * Usted podrá pedirnos que le contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono de habitación u oficina) o que enviemos correspondencia a una dirección diferente. * Accederemos a todas las solicitudes razonables. |
| **Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos** | * Usted podrá pedirnos que **no** utilicemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a acceder a su solicitud y podemos negarnos si ello afectase la atención que le prestamos. * Si usted paga de tu bolsillo la totalidad de un servicio o artículo de atención médica, podrá pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora con fines de pago u operaciones. Accederemos a menos que una ley nos obligue a compartir esa información. |
| **Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información** | * Usted podrá solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quiénes la compartimos y por qué. * Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que nos pidió que hiciéramos). Le daremos un informe al año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses. |
| **Obtener una copia de este aviso de privacidad** | * Usted podrá solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le entregaremos una copia impresa de inmediato. |
| **Elegir a alguien que actúe en su nombre** | * Si usted ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. * Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida. |
| **Presentar una queja si siente que se han violado sus derechos** | * Usted podrá presentar una queja si siente que hemos violado tus derechos , poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información que aparece en la página 1. * Usted podrá presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). * No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja. |

|  | **En el caso de cierta información de salud, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros; díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. |
| --- | --- |



| **En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:** | * Compartamos información con su familia, amistades cercanas u otras personas involucradas en su atención. * Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre * Incluyamos su información en un directorio hospitalario.   *Si usted no puede manifestarnos sus preferencias, por ejemplo, si usted está inconsciente, es posible que procedamos a compartir su información si creemos que es lo mejor para su bienestar. También pudiéramos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.* |
| --- | --- |
| **En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos usted nos dé permiso por escrito:** | * Fines de mercadeo. * Venta de su información. * Mayor intercambio de anotaciones de psicoterapia. |
| **En el caso de recaudación de fondos:** | Podemos contactarte con fines de recaudación de fondos, pero usted podrá indicarnos que no volvamos a contactarle. |

|  | ¿Cómo solemos utilizar o compartir su información de salud? Por lo general, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras: |
| --- | --- |

| **Para tratarle** | Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que estén atendiendo. | ***Ejemplo****: cuando un médico que está tratándolo por una lesión le pregunta a otro médico acerca de su condición de salud general.* |
| --- | --- | --- |
| **Para administrar nuestra organización** | Podemos utilizar y compartir su información de salud para gestionar nuestra consulta, mejorar su atención y contactarle cuando sea necesario. | ***Ejemplo****: utilizamos información de salud sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.* |
| **Para la facturación de sus servicios** | Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades. | ***Ejemplo****: le enviamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por los servicios que usted recibió.* |

## **¿De qué otras maneras podemos utilizar o compartir su información de salud?** Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones establecidas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

| **Ayuda con problemas de salud pública y seguridad** | Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones como:   * Prevención de enfermedades. * Ayudar con retiros de productos. * Informar sobre reacciones adversas a medicamentos. * Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica. * Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o seguridad de cualquier persona. |  |
| --- | --- | --- |
| **Realizar investigaciones** | Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones médicas. |  |
| **Cumplir con la ley** | Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad. |  |
| **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos** | Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos. |  |
| **Trabajar con un médico forense o director de funeraria** | Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece. |  |
| **Atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales** | Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:   * Para reclamos de compensación laboral. * Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de la ley. * Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. * Para funciones gubernamentales especiales, como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial. |  |
| **Responder a demandas y acciones legales** | Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación. |  |
| **Mejorar la atención al paciente** | One Health respalda y participa en el Intercambio Electrónico de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) como un medio para mejorar la calidad de tu salud y tu experiencia en la atención médica. El HIE proporciona una forma de compartir de manera segura y eficiente información clínica de forma electrónica con otros médicos y proveedores de atención médica que participan en la red HIE. El uso del HIE ayuda a sus proveedores de atención médica a compartir información y brindarle una atención más efectiva. El HIE también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que estén atendiendo o tengan acceso inmediato a su información médica, la cual puede ser fundamental para su atención. Poner su información de salud a disposición de sus proveedores de atención médica a través del HIE también puede ayudar a reducir tus costos de diversas maneras, como al eliminar la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, usted podrá elegir no participar en el HIE, o cancelar una elección de no participación, en cualquier momento. |  |
|  | | |
|  | | |
| Nuestras responsabilidades  * Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. * Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. * Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle a usted una copia del mismo. * No usaremos ni compartiremos tu información de forma distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, usted podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión. Para obtener más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html). | | |
| **Cambios en los términos de este aviso**  Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web. | | |

Funcionaria de privacidad de One Health: Leslie Jensen, técnico registrado en información sanitaria, especialista certificado en codificación. leslie.jensen@onechc.org; 406-535-6545 ext. 405