

OhioHealth

Para mantener en privado la información protegida sobre su salud (PIH, en inglés)

Esta notificación describe cómo se puede usar y dar a conocer su información de salud y cómo usted puede obtener esta información.

Léala con atención.

OhioHealth es una organización de salud que incluye hospitales, clínicas, centros comunitarios de salud, atención médica a domicilio y muchos profesionales dedicados a la salud. Esta notificación sobre las prácticas de privacidad se aplica a esta localidad y a su personal médico.

Nuestros profesionales de salud trabajan en equipo para proporcionar el mejor de los cuidados a sus pacientes. Según lo permite la ley y únicamente si es necesario, su información médica es compartida para proporcionar el mejor tratamiento, hacer arreglos de pago y mejorar nuestro servicio en el futuro. El propósito de esta notificación es darle a conocer en qué forma compartimos su información médica y cómo usted puede averiguar más sobre nuestras prácticas de suministro de información. Usted puede recibir esta notificación antes de su visita al hospital o en el sitio donde tiene su cita al momento de su llegada. Al firmar el formulario de aceptación del tratamiento en dicha visita, se le pedirá que certifique haber recibido esta notificación sobre las prácticas de privacidad.

I. Estamos legalmente obligados a proteger la información sobre su salud.

Por ley, debemos mantener su información de salud privada y debemos informarle que lo estamos haciendo. Esto se refiere a la información sobre su salud en el pasado, presente y futuro (su afección médica, el tratamiento que se le dispensó o el pago realizado). Estamos obligados a cumplir los términos de esta notificación. Si hay cambios, le informaremos para que usted tome nota de los cambios. Usted puede obtener copia de una notificación modificada contactando la oficina de OhioHealth Privacy Officer, en Corporate Ethics and Compliance, como se explica en la sección V de esta notificación.

II. Estamos autorizados a utilizar la información sobre su salud y a suministrarla (compartirla)

1. Para tratamiento/atención. Podemos utilizar y compartir su información de salud para su tratamiento o cuidado.

Por ejemplo:

- Los médicos, enfermeros, capellanes del hospital y otros profesionales médicos que lo atienden usarán la información en su historia clínica para poder brindarle el mejor cuidado posible.
- Si usted está recibiendo tratamiento por una lesión de rodilla, por ejemplo, nosotros compartiremos su información de salud con los que trabajan en terapia física para que ellos puedan ayudar a planificar sus actividades.

- También podemos compartir su información de salud con otro centro médico u otro profesional médico que no esté asociado con nuestro grupo pero que le vaya a prestar atención médica de alguna clase. Por ejemplo, si usted sale de este centro hospitalario para recibir atención médica a domicilio, podemos compartir la información sobre su salud con la agencia que lo va a atender, de tal manera que ellos puedan prepararle un plan de cuidado.
- Se podrán utilizar fotografías y material audiovisual durante el tratamiento clínico o para llevar a cabo las operaciones del hospital o pagos, pero a menos que se haya eliminado de ellos toda posibilidad de identificar en forma personal a los pacientes, dichas fotografías y material serán considerados información protegida acerca de su salud.

2. Para el pago de su tratamiento. Podemos utilizar y compartir su información de salud si se requiere con el propósito de pagos.

Por ejemplo:

- Podemos compartir la información sobre su tratamiento y los exámenes que se le han practicado con su compañía de seguros para que reembolsen los gastos ocasionados.
- Podemos utilizar su información para preparar la cuenta que vamos a enviar a usted o a la persona responsable de sus pagos.
- Podemos compartir su información de salud con nuestros asociados de negocios para que ellos preparen las facturas a cobrar. Estas compañías ESTÁN OBLIGADAS, a su vez, a proteger la privacidad de su información.
- Podemos compartir su información de salud con otros profesionales médicos que lo han tratado o le han prestado servicios, con el propósito de recibir pagos por estos tratamientos o servicios. Esto es válido aun en los casos en que estos médicos no estén asociados con nosotros.

3. Para mejorar la atención médica. Podemos utilizar y dar a conocer su información de salud cuantas veces sea necesario y permitido legalmente para mejorar la atención médica y el manejo del hospital (tal como mejorar servicios clínicos, evaluación del personal, mejorar las prácticas de gerencia, auditoría, servicios legales, acreditación y licencias).

Por ejemplo:

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para evaluar el cuidado médico que nuestros empleados le proporcionen.
- Es posible que necesitemos compartir su información de salud con nuestros asociados comerciales que nos ayudan en el manejo de nuestras operaciones. Estas compañías ESTÁN OBLIGADAS a proteger la privacidad de su información.
- Podemos también compartir su información de salud con otros profesionales de salud y otras organizaciones hospitalarias para ayudarles a mejorar su funcionamiento y atención, pero solamente si usted es paciente de ellos.

4. Para recaudar fondos. Podemos utilizar su información de salud para conseguir fondos para nuestros hospitales/centros. El dinero recaudado se usa para el mejoramiento de la atención médica y para el apoyo a programas educativos que ofrecemos a la comunidad. Podemos ponernos en contacto con usted para solicitar una donación, durante una campaña de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho a "escoger no participar" y, de ese modo, no

recibirá información relacionada con la recaudación. Para "escoger no participar" usted debe enviar a la fundación de esta localidad su nombre y dirección con una nota en la que especifique que usted no desea recibir ninguna información ni comunicaciones al respecto.

5. **Para recordarle una cita y para beneficios o servicios relacionados con la salud.** Podemos utilizar información de salud para enviarle avisos para recordarle una cita o para enviar resultados de los exámenes.
6. **Productos y servicios de salud.** Podemos utilizar su información de salud para informarle sobre nuestros productos y servicios de salud necesarios para su atención médica, para informarle sobre los nuevos productos y servicios que estamos ofreciendo y para suministrarle información general sobre salud y bienestar.
7. **Para compensación laboral.** Podemos compartir la información sobre su salud con agencias de compensación laboral si se requiere para una ayuda financiera.
8. **Cuando su empleador solicita que se le ofrezca un servicio a usted.** Podemos compartir su información de salud con su empleador, cuando le hayamos ofrecido atención médica por solicitud de este. En la mayoría de los casos, usted recibirá una notificación informándole que la información ha sido enviada a su empleador.
9. **Para algunas funciones gubernamentales.** Podemos compartir la información sobre su salud cuando sea necesario:
 - Si usted es veterano o está en el servicio militar.
 - Por razones de seguridad nacional o maniobras de seguridad, tales como proteger al presidente de Estados Unidos o en actividades de inteligencia.
10. **Para evitar daños.** Podemos compartir su información de salud con el personal de policía o seguridad para evitar serios atentados a la salud o a la seguridad de una persona o del público.
11. **Para investigaciones.** Podemos compartir su información de salud para investigaciones cuando sea aprobada previamente por nuestra junta directiva, bajo reglas especiales para asegurar su privacidad.
12. **Con el propósito de donación de órganos.** Podemos compartir su información de salud si se requiere para hacer arreglos de donación de órganos o tejidos por parte de usted o para hacerle a usted un trasplante.
13. **Para actividades de vigilancia a la salud.** Por ley estamos obligados a compartir la información necesaria sobre su salud con las agencias gubernamentales que hacen auditorías, investigaciones y procedimientos civiles y delictivos.
Por ejemplo:
 - Compartiremos la información para ayudar al gobierno cuando investigue a algún profesional médico o establecimiento hospitalario.

14. Para actividades de salud pública. Podemos compartir su información de salud para actividades de salud pública, tales como, suministrar información sobre enfermedades, lesiones, nacimientos, muertes e investigaciones sobre brotes de alguna enfermedad. Por ley, y cuando sea necesario, debemos compartir la información con médicos forenses y directores de funeraria, en el caso de pacientes fallecidos.

15. En casos legales o policíacos (a nivel federal, estatal o local). Podemos compartir su información de salud, cuando sea necesario:

- Para informar acerca de heridas, lesiones y delitos.
- Si tenemos sospecha de abuso o negligencia infantil.
- Si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- A la Agencia de Alimentos y Medicamentos para informar sobre una reacción adversa a un medicamento, productos defectuosos o para retirar un producto del mercado.
- Por orden judicial.

Las leyes de Ohio exigen que obtengamos su permiso en muchos casos antes de divulgar información sobre:

- Resultados de una prueba de VIH, diagnóstico de sida o de una condición relacionada con el sida.
- Tratamientos contra el alcoholismo o la drogadicción que haya recibido en un programa de tratamiento del alcoholismo o la drogadicción.
- Servicios de salud mental que pueda haber recibido.

III. Usted puede objetar ("escoger no participar") a los siguientes usos y declaraciones:

1. Nuestro directorio del centro (sólo para pacientes internados y en observación).

Disponemos de un directorio del centro que incluye el nombre, hospital, número de habitación, número de teléfono de la habitación, estado general de salud y religión de cada paciente, siempre que dicha información haya sido proporcionada. Esta información se da a conocer únicamente a los miembros del clero (no empleados por este centro) o a las personas (visitantes y personas que llamen por teléfono) que pregunten por el paciente por nombre. Usted puede solicitar que no incorporemos esa información a este directorio.

2. Parientes y amigos que ayudan a cuidarlo. Con su aprobación, podemos compartir su información de salud con sus parientes, amigos u otras personas a cargo de su cuidado o a cargo de los pagos. Podemos compartir información sobre salud con una agencia que esté ayudando en la recuperación de un desastre, para que puedan encontrar a su familia o a la persona a cargo de su cuidado.

3. Cualquier otro uso o revelación requiere su autorización previa por escrito. Para cualquier utilización de su información de salud que no haya sido mencionada en las secciones II y III, le pediremos una autorización por escrito para dar a conocer esta información. Si usted firma una autorización, la puede cancelar (por escrito) en cualquier momento para que no vuelva a ser utilizada.

IV. Sus derechos en cuanto a la información sobre su salud

1. **El derecho a obtener la información sobre su propia salud.** Usted tiene derecho a copiar y a ver la mayor parte de su información de salud que tenemos sobre usted. Usted también tiene derecho a obtener una copia electrónica de las partes de su expediente médico que tenemos guardada de forma electrónica.
 - Todas las solicitudes de autorización para copiar y consultar información acerca de su salud deberán hacerse por escrito y estar firmadas por usted o por su representante legal. El departamento de Expedientes Médicos de este centro puede enviarle un formulario de solicitud de acceso.
 - Si hay algún costo, se le avisará de antemano. Podemos cobrarle por copiar su información de salud, estampillas (si es por correo) y/o por un resumen o explicación de su información de salud.

2. **El derecho a cambiar la información sobre su salud.** Si usted cree que ha habido un error en su información de salud o que se necesita agregar algo, usted puede solicitar que se agregue (cambie) la información sobre su salud.
 - Usted debe hacer una solicitud por escrito y debe mencionar la razón para hacer el cambio. Contacte el Departamento de Expedientes Médicos de este centro y pida el formulario para hacer este cambio.
 - Si aprobamos su solicitud, incluiremos el formulario con la enmienda en su expediente médico, le haremos saber a usted que lo hemos hecho e informaremos a otros que necesitan saberlo.
 - Podremos rechazar su solicitud si la información actual está correcta y completa, o si no fue hecha por nosotros. Si rechazamos su solicitud, se lo comunicaremos por escrito, con la(s) razón(es) por haberla rechazado. Le explicaremos sobre su derecho de expresar por escrito su desacuerdo con este rechazo.

3. **El derecho a un listado de los informes que hemos entregado sobre su salud.** Usted tiene derecho a recibir un listado de cuándo y con quién hemos compartido la información sobre su salud.

La lista incluirá:

- La fecha y la persona o entidad (con la dirección si se conoce) a la que se le entregó esta información
- La razón por la que se compartió y el tipo de información entregada

Esta lista no incluirá ninguna información:

- sobre tratamiento, pagos, funcionamiento de atención médica, información dirigida a usted, a sus familiares o a alguna persona en nuestro directorio,
- que usted ya haya autorizado por escrito,
- para propósitos de seguridad nacional,
- para personal de correccionales o de policía o
- informaciones hechas antes del 14 de abril de 2003

Las solicitudes por escrito deben ser firmadas por usted o por su representante legal. Solicite estos formularios en el departamento de Expedientes Médicos de este centro.

- La primera lista en un período de 12 meses es gratis. Es posible que se le cobre por cada lista adicional que usted solicite durante este mismo período de 12 meses.

4. El derecho a limitar el uso y la divulgación de información sobre su salud. Usted tiene derecho a pedir que limitemos nuestra forma de usar y compartir la información sobre su salud cuando se usa para tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. Tal vez no pueda limitar los usos que se nos permiten legalmente.

- No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero trataremos de complacerlo.
- Tenemos el derecho a poner fin a cualquier acuerdo que hayamos contraído sobre limitaciones si consideramos que es necesario o que va a ser difícil cumplirlo. En ese caso, se le notificará.
- Usted puede poner fin a un acuerdo sobre limitaciones enviando una carta de terminación (firmada por usted o por su representante legal) al departamento de inscripción de esta localidad.
- Si usted mismo paga de su bolsillo toda la factura emitida por la prestación de un servicio, antes de recibir el servicio, y nos solicita que no enviemos información acerca de ese servicio en particular a su seguro de salud para solicitar el pago, accederemos a su solicitud siempre y cuando no necesitemos utilizar esa información para explicar la prestación de otros servicios cuyo pago estará a cargo del seguro médico.

5. El derecho a escoger en qué forma le enviamos a usted su información de salud. Usted tiene el derecho a pedir que le enviemos su información a una dirección diferente o en forma diferente (por ejemplo, por teléfono, por fax). Nosotros estamos obligados a cumplir su solicitud, siempre y cuando sea fácil hacerlo.

V. Cómo hacer un reclamo sobre nuestro manejo de la privacidad.

Si usted piensa que hemos infringido su derecho a la privacidad o no está de acuerdo con la forma en que hemos hecho uso de su información de salud, puede hacer un reclamo por escrito o por teléfono a:

- OhioHealth Privacy Officer en Corporate Ethics and Compliance. (Vea esta información más abajo).
- También puede hacer un reclamo a Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services en Washington D.C. dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que se han infringido sus derechos. No tomaremos ninguna represalia si usted hace un reclamo.

Para mayor información sobre esta notificación. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda adicional sobre esta notificación, puede llamar o escribir a: OhioHealth Privacy Officer, 180 East Broad Street, Columbus, OH 43215

Como paciente usted tiene el derecho a que se le entregue una copia de esta notificación sobre prácticas de privacidad, aun en el caso de que usted haya pedido copia por correo electrónico u otro medio.

VI. Notificación de recibo. Se le pedirá confirmación de recibo de esta notificación sobre prácticas de privacidad al firmar el formulario de consentimiento de esta entidad.

VII. Fecha de entrada en vigencia. Esta notificación sobre prácticas de privacidad entra en vigencia a partir del 14 de abril del año 2003.

© 2003, modificado en mayo de 2010 por OhioHealth
Todos los derechos reservados