

INFORME SOBRE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Este informe describe como su información médica puede ser usada y divulgada, y como usted puede obtenerla.

Por favor léalo cuidadosamente.

Si usted tiene alguna pregunta, petición o necesita presentar una queja, por favor póngase en contacto con nuestro:

Oficial de la Confidencialidad y Cumplimientos de Normas
(Compliance and Privacy Officer)

901-545-6554

or

privacy@regionalonehealth.org



Contenido

Asunto	Página
A. Introducción	3
1. Definiciones	
B. Uso y divulgación de su Información Médica Protegida (IMP): (Protected Health Information (PHI) <i>por sus siglas en inglés</i>)	3
1. Tratamiento de la Salud	3
2. Pago por los Servicios	3
3. Operaciones del Cuidado de la Salud	4
4. Otras Circunstancias	4
5. Contactar al paciente	5
6. Tratamiento y Servicios	5
7. Actividades de Recaudación de Fondos	5
8. Objeciones del paciente a los Usos y Divulgaciones	5
C. Los Derechos al Respeto a su IMP:	6
1. Restricciones sobre los Usos and Divulgaciones	6
2. Copias	6
3. Cambios y Correcciones	6
4. Listados de las Divulgaciones	7
5. Infracciones	7
6. Comunicaciones Confidenciales	7
7. Copia del Informe	7
D. La presentación de quejas acerca de nuestras normas de confidencialidad	8
E. Fecha de Vigencia de Este Informe	8
F. Direcciones y números telefónicos importantes	8

Este informe cubre las normas de confidencialidad del Regional One Health, nuestras localidades afiliadas, doctores y otros profesionales de la salud, cuando ellos lo ven o lo tratan a usted en una de nuestras instalaciones; incluyendo nuestras Primary Care Network and Outpatient Center sites. Si usted visita a un proveedor en su oficina privada, puede ser que se le pida leer y reconocer el Informe Sobre Normas de Confidencialidad.

A. INTRODUCCIÓN

Definiciones:

Información Médica Protegida (IMP): La información médica personal tal como, su nombre, número del seguro social y condición médica que lo identifica a usted o si existe una base razonable para creer que la información puede ser usada para identificarlo. La IMP es protegida bajo las leyes de confidencialidad y no está disponible a grupos no autorizados.

Uso y Divulgación: Su IMP es para ser usado en las tareas *internas* de nuestra organización de la salud. Divulgación significa que su IMP será compartido con personas y organizaciones *fuera* de nuestro sistema de salud.

Introducción

En el Regional One Health, tenemos la responsabilidad de proteger su IMP. Este Informe describe y provee ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones que podemos realizar.

Nuestra responsabilidad con respecto a su IMP:

- Estamos obligados por la ley a proteger su IMP que hayamos creado o recibido, también del cuidado de la salud que le proveemos a usted o los pagos por su cuidado medico.
- Nosotros debemos informarle acerca de cómo nosotros protegemos su IMP.
- Nosotros podríamos usar y/o divulgar su IMP, como hemos descrito en este Informe.

Se nos exige seguir los procedimientos de este Informe. Nosotros reservamos el derecho a modificar los términos de este Informe y establecer nuevas disposiciones, efectivas para toda la IMP que manejamos, tales como:

- Publicando el Informe enmendado en nuestras oficinas;
- Haciendo disponibles las copias del Informe enmendado, para cuando sean solicitadas; y
- Publicando el Informe enmendado en nuestro sitio de internet.

B. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU IMP SIN SU AUTORIZACIÓN EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

1. Tratamiento Médico

Su IMP puede ser usado y divulgado para proporcionar o administrar el cuidado de su salud y los servicios relacionados. Esto puede incluir comunicarnos con otros profesionales de la salud en relación a su tratamiento, así como la coordinación y el manejo de su salud con otros. Podemos usar y divulgar su IMP, cuando necesite una receta médica, exámenes de laboratorio, radiografías u otros servicios de salud. Además, podemos divulgar su IMP cuando usted sea remitido a otro profesional de la salud.

2. Pagos por los Servicios

Generalmente, su IMP puede ser usado y divulgado a otros para cobrar y reunir los pagos por el tratamiento y los servicios proporcionados a usted. Antes de que usted reciba los servicios previstos, la información sobre estos servicios pueden ser compartidos con su plan(es) de salud. El intercambio de información nos permite obtener la cobertura de su plan o póliza y de la aprobación del pago antes de que le proporcionemos los servicios. También podemos compartir su información con los siguientes departamentos o agencias:

- Departamentos de finanzas
- Departamentos o agencias de cobros
- Compañías de seguros médicos, planes de la salud y sus agentes, los cuales le proporcionan cobertura médica
- Agencias de reportes al consumidor o agencias de crédito

Ejemplo: Digamos que usted tiene una pierna rota. Es posible que necesitemos darle a su plan de la salud información sobre su condición, suministros utilizados (tales como: el emplaste para su yeso o muletas...), y servicios que usted recibió (tales como radiografías o cirugía). Esta información es dada a nuestro departamento de facturación y a su plan de la salud, para que podamos obtener el pago o usted pueda ser reembolsado.

3. Operaciones del Cuidado de la Salud

Podemos utilizar y divulgar su IMP en la realización de actividades de negociación, las cuales llamamos “operaciones sobre el cuidado de la salud”. Estas operaciones sobre el cuidado de la salud nos permiten mejorar la calidad de la atención que proporcionamos y reducir sus costos. Los siguientes son ejemplos:

- Para evaluar y mejorar la calidad, eficiencia y costo de los cuidados proporcionados a usted y a otros pacientes.
- Para mejorar el cuidado de la salud y reducir los costos para grupos de personas con problemas de salud similares para ayudarlos a controlar y coordinar su cuidado. Podríamos usar su IMP para identificar grupos de personas con problemas de salud similares para darles información sobre alternativas de tratamiento, clases o nuevos procedimientos; sin embargo, **nosotros no daremos** a estos grupos ninguna información que pueda ser identificada como suya.
- Para proveer programas de entrenamiento para estudiantes, residentes, proveedores de la salud y profesionales que no son de la salud.
- Para cooperar con las organizaciones de afuera, que examinan la calidad de la atención recibida. Tales organizaciones podrían incluir agencias de gobierno, junta de concesión de licencias, u organismos acreditados.
- Para asistir a las personas que revisan nuestras operaciones sobre el cuidado de la salud. Por ejemplo, su IMP puede que sea visto por los doctores que revisan los servicios proporcionados a usted, así como también, los contadores, abogados y otros quienes nos ayudan a cumplir con las leyes aplicables.
- Para planificar negociaciones futuras de la organización y recaudación de fondos que beneficien a nuestra organización.
- Para llevar a cabo la gestión empresarial y actividades administrativas generales relacionadas con la organización y los servicios que presta.
- Para revisar las actividades y el uso o divulgación de su IMP, en el caso de que la organización sea vendida o el control de nuestros negocios y/o propiedades sean dados a alguien más.
- Para cumplir con este informe y las leyes aplicables.

4. Otras Circunstancias sin su Autorización

Podríamos divulgar su IMP en una serie de circunstancias en las que usted no tiene que consentir, autorizar, o no tiene la oportunidad de aceptar u objetar. Las siguientes situaciones son algunos de los casos en que podríamos estar obligados a divulgar su IMP sin su autorización. Si usted solicita una lista de las divulgaciones de su IMP, la mayoría de estas le serán informadas a usted.

- Divulgación requerida por la ley federal, estatal o local u otras acciones judiciales o administrativas
- Divulgación necesaria para actividades de la salud pública
- Divulgación relacionada a las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Divulgación para la supervisión de las actividades sanitarias
- Divulgación para el cumplimiento de la ley
- Divulgación para el seguimiento no normativo y el análisis estadístico de la incidencia de algunas enfermedades o condiciones
- Divulgación relacionada a fallecidos. Por ejemplo, puede ser que divulguemos su IMP, acerca de usted a un médico forense, con el propósito de identificar a usted si fallece
- Divulgación a organizaciones que participan en el trasplante de órganos, ojos, o tejidos, o bancos de donación
- Bajo ciertas circunstancias, puede que divulguemos su IMP limitadamente, para las investigaciones médicas
- Divulgación para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad
- Divulgación relacionada a las funciones especializadas del gobierno. Por ejemplo, puede que divulguemos su IMP si se refiere a actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección para el Presidente, y aptitud o determinaciones médicas del Departamento de Estado.

- Divulgación que se relaciona con instituciones correccionales y en otras situaciones de custodia de la aplicación de la ley
- Divulgación relacionada a la reclamación de la indemnización de los trabajadores

5. Ponerse en Contacto con el paciente

Puede que usemos su IMP para comunicarnos con usted para recordarle acerca de una cita que tiene para su tratamiento o cuidado médico.

6. Tratamiento, Servicios, Productos, o Información de los Profesionales de la Salud

Puede que usemos y/o divulguemos su IMP para administrar y coordinar su cuidado de la salud. Esto puede incluir información acerca de tratamientos, servicios, productos y/u otros profesionales de la salud. Puede que también usemos su IMP para darle regalos de poco valor.

7. Actividades de Recaudación de Fondos

Podríamos divulgar su IMP a la Regional One Health Foundation para que se pongan en contacto con usted para recaudar dinero para el hospital y sus negociaciones. Nosotros sólo divulgaríamos la información de contacto y las fechas en que usted recibió tratamiento o servicios en el hospital. Si usted no desea ser contactado de esta manera, usted debe presentar una solicitud por escrito al Oficial de la Confidencialidad.

8. Objeciones de los Pacientes

A menos que usted se oponga, nosotros podemos usar o divulgar su IMP en las siguientes circunstancias:

- Si usted es un paciente interno, podemos compartir su nombre, número de cuarto y teléfonos, y su estado de salud en nuestra lista de pacientes, con personas que pregunten por usted por su nombre. Puede que también compartamos su preferencia religiosa con el clero.
- Podríamos compartir con un familiar, u otra persona identificada por usted su IMP, que esté directamente involucrada en su cuidado o pago de su atención. También podemos compartir con un familiar u otra persona responsable por su cuidado, IMP si es necesaria, para informarles de su ubicación, condición general o fallecimiento.
- Podríamos compartir con una agencia pública o privada (tal como La Cruz Roja Americana) IMP acerca de usted, para propósitos de asistencia en caso de desastre.
- Podemos enviar su IMP a Midsouth eHealth Alliance (Alianza del Mediosur eSalud), un sistema de información de toda la comunidad, que le permite a otros hospitales y profesionales de la salud el acceso, si usted necesita diagnósticos o tratamientos.

Si usted se opone al uso y divulgación por nosotros de su IMP, en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente, por favor comuníquese a su Médico, a un Intermediario del Paciente o a nuestro Oficial de la Confidencialidad.

ALGUN OTRO USO O DIVULGACION DE SU IMP REQUIERE DE SU AUTORIZACION POR ESCRITO

Nosotros pedimos su autorización por escrito, antes que usemos o divulguemos su IMP para los propósitos que no fueron mencionados anteriormente. Si usted firma una autorización por escrito, permitiéndonos divulgar su IMP en una situación específica, usted puede más adelante cancelar esta autorización. Si usted cancela esta autorización por escrito, nosotros no divulgaremos su IMP, después que recibamos la cancelación. Usted puede enviar su solicitud escrita para autorizar divulgar su información de salud al Departamento de Administración de Información de Salud (HIM: Health Information Management).

C. USTED TIENE VARIOS DERECHOS RELACIONADOS CON SU IMP:

1. A Solicitar Restricciones en el Uso y Divulgación de su IMP

Usted tiene el derecho de pedir que nosotros limitemos usos y divulgaciones específicos de su IMP. Nosotros no estamos obligados a aceptar sus restricciones requeridas, sin embargo, aunque estemos de acuerdo con su solicitud, en ciertas situaciones sus restricciones podrían ser no seguidas. Estas situaciones incluyen tratamiento de emergencia, divulgaciones a la Secretaría del Departamento de Servicios Humanos y de Salud, y usos y divulgaciones descritas en la Sección B, Párrafo 4 de este Informe.

Si usted paga por los servicios que recibe aquí en el Regional One Health de su bolsillo y en totalidad, usted puede solicitar que no divulguemos información sobre ese servicio a su compañía de seguro médico.

Usted puede pedir una restricción durante su visita contactando a nuestro Intermediario del Paciente, quien está disponible para todos los hospitalizados. Otros pueden contactar a nuestro Oficial de la Confidencialidad.

2. Para Pedir y Ver una Copia de su IMP

Usted tiene el derecho de solicitar para ver y revisar una copia de su historial clínico, archivos de pagos y otros, usados para tomar decisiones en relación a usted. Su solicitud debe estar por escrito y podríamos cobrarle la cuota estipulada. Podemos sustituir un resumen o explicación de su expediente médico, si usted está de acuerdo por adelantado con el formulario y los costos. Existen ciertas situaciones en las cuales no estamos obligados a cumplir con su petición. Bajo estas circunstancias, nosotros le responderemos a usted por escrito, indicando por qué no accederemos a su petición, y describiendo los derechos que usted puede tener para pedir una revisión de nuestra denegación. Para pedir y recibir una copia de su expediente médico, contacte el Departamento de Administración de Información de la Salud (HIM: Health Information Management Department).

3. Para Solicitar Cambios o Correcciones de su IMP

Usted tiene el derecho de pedir que le hagamos cambios o correcciones a los archivos clínicos, de pagos, entre otros, los cuales se usan para tomar decisiones sobre usted.

Su petición deberá estar por escrita y debe explicar la razón(es) por las que usted desea hacer el cambio o corrección. Puede que deneguemos su petición si:

- La información no fue creada por nosotros (al menos que usted pruebe que el creador de la información no está disponible para corregir su expediente)
- La información no es parte de los expedientes que son usados para tomar decisiones acerca de usted
- Nosotros creemos que la información que tenemos está correcta y completa

Si denegamos su petición, le haremos saber por escrito las razones de la denegación y describiremos los derechos, para que usted nos dé una declaración por escrito donde nos diga por qué no estuvo de acuerdo con la denegación. Si nosotros aceptamos su petición para corregir la información, nosotros le adjuntaremos la información correcta, identificada como una corrección al expediente, junto con la información original. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para informarle a otros de la corrección, incluyendo las personas que usted nombró y que ya recibieron su IMP y necesitan de esta corrección. Para solicitar una corrección de su IMP, contacte el Departamento de Administración de Información de la Salud (HIM).

4. Para un Listado de Divulgaciones que ya Hayan Sido Hechas

Si usted hace una petición por escrito, usted puede recibir una lista escrita de ciertas divulgaciones de su IMP. Usted puede pedir las divulgaciones hechas de hasta 6 años, antes de su petición (no incluye las divulgaciones hechas antes del 14 de Abril del

2003). Nosotros estamos obligados a proveerle una lista de todas las divulgaciones, excepto de las siguientes:

- De su tratamiento
- De la facturación y cobro del pago de su tratamiento
- De nuestras operaciones del cuidado de la salud
- Las hechas por usted o pedidas por usted o que usted autorizó
- Las ocurridas como un sub-producto de los usos y divulgaciones permitidas
- Las hechas a individuos involucrados en su cuidado, con fines de notificación o directorio o para otros propósitos descritos
- Las permitidas como parte de un conjunto limitado de información, que no contienen información que lo identificaría a usted directamente

La lista incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección, si corresponde) de la persona o de la organización que recibe la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la divulgación. Si, bajo circunstancias permitidas, su IMP ha sido divulgado por ciertos tipos de proyectos de divulgación, la lista puede incluir información diferente o adicional. Si usted solicita una lista de divulgaciones más de una vez cada 12 meses, a usted se le puede cobrar una cuota.

Para pedir una lista de divulgaciones que nosotros hayamos hecho, presente una solicitud por escrito al Departamento de Administración de Información de la Salud (HIM).

5. Para ser Notificado de una Infracción de su IMP

Una infracción es el uso y divulgación de su IMP sin autorización. Si una infracción ocurre y presenta un riesgo significativo de recursos financieros, de reputación y otros daños, el MED está obligado a notificarle.

6. Para Solicitar Comunicaciones Confidenciales mediante un Método Alternativo

Usted tiene el derecho de solicitar como y donde nos comuniquemos con usted acerca de su IMP. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted a su número de teléfono de trabajo o por correo electrónico. Para solicitar un método de comunicación diferente, llene el formulario *Solicitud de Enmienda, Restricción y/o Corrección de Información de la Salud (Request for Amendment, Restriction and/or Correction of Health Information)* y presentarlo al Departamento de Administración de Información de la Salud (HIM). El Regional One Health cumplirá con todas las solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales.

7. Para Obtener una Copia de este Informe

Usted tiene el derecho de solicitar una copia impresa de este Informe, en cualquier momento durante su visita preguntándole a alguien del personal. En cualquier otro momento, usted puede enviar una solicitud por escrito al Oficial Privado o usted puede leer e imprimir una copia en nuestro sitio de internet:

www.regionalonehealth.org

D. USTED PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Si considera que hemos violado sus derechos de confidencialidad, o si desea presentar una queja sobre nuestras normas de confidencialidad, por favor llame a los siguientes números telefónicos:

Intermediarios para Pacientes (Disponible 24/7 a los hospitalizados): 901-545-7123
Regional One Health Primary Care Network: 901-515-4526
Oficial de la Confidencialidad: 901-545-6554

También podría enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o tramitar una queja por vía electrónica a:

<http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>

Si usted presenta una queja, no tomaremos ninguna acción en contra de usted, ni cambiaremos de ninguna manera el trato hacia usted.

E. FECHA DE VIGENCIA DE ESTE INFORME

Fecha de vigencia: 01 de enero del 2007
Revisado: 26 febrero 2014

F. INFORMACION DE CONTACTO IMPORTANTE

Para preguntas con respecto al uso o divulgación de su IMP, contacte:

Regional One Health
Attn: Oficial de la Confidencialidad (*Privacy Officer*)
877 Jefferson Avenue
Memphis, TN 38103
901-545-6554

Para solicitar su IMP, solicitar restricciones o correcciones de su IMP, o recibir una lista de divulgaciones de su IMP, contacte:

Regional One Health
Attn: Departamento de Administración de Información de la Salud (HIM)
877 Jefferson Avenue
Memphis, TN 38103
901-545-7581

Para preguntas con respecto a los archivos Regional One Health Primary Care Network, contacte:

Regional One Health Primary Care Network
Attn: Administrador de Archivos Médicos (*Medical Records Manager*)
877 Jefferson Avenue
Memphis, TN 38103
901-515-4526

Preguntas para la Regional One Health Outpatient Pharmacy

901-545-7970