

## NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS

Asociación de la Clínica Crusader Central  
Notificación de Prácticas Privada

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Esta notificación de prácticas privadas describe como podemos usar y revelar su información protegida de salud para sacar adelante tratamiento, pagos u operaciones de cuidado de salud y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por ley. También describe sus derechos al acceso y el poder de controlar su información protegida de salud. "Información protegida de salud" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y relacionarlo a su pasado, presente o futuro, físico o salud mental o condición y servicios relacionados sobre su salud.

Estamos obligados a cumplir a las condiciones de esta Notificación de Prácticas Privadas. Podríamos cambiar las condiciones de nuestra notificación, a cualquier momento. La nueva notificación será efectiva para toda información protegida de salud que mantengamos a esa hora. Sobre su solicitud, le proporcionaremos con cualquier revisión de la notificación de prácticas privadas por (acceso a nuestra página de Internet ([crusaderclinic.org](http://crusaderclinic.org)) o hablando a la oficina y pidiendo que se le mande por correo o pidiéndola en su siguiente cita médica.

### **1. Usos y Revelaciones de Información Protegida de Salud.**

#### **Usos y Revelaciones de Información Protegida de Salud Basado en Su Consentimiento por Escrito.**

Se le preguntara por su proveedor que firme una forma de consentimiento para tratamiento. Una vez que haya dado su consentimiento al uso y revelación de su información protegida de salud para tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud al firmar la forma de consentimiento, su proveedor y nuestro personal usara o revelara su información protegida de salud como se describe en la 1 Sección. Su información protegida de salud puede ser usada y revelada por su proveedor, nuestros empleados de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento para el propósito de facilitar servicios de cuidado de salud a usted. Su información protegida de salud también puede ser usada y revelada para pagar sus cuentas médicas y para apoyar la operación de la práctica del proveedor.

Lo siguiente son ejemplos de tipos de usos y revelaciones de su información protegida de salud que la oficina del proveedor está permitido hacer ya que haya firmado nuestra forma de consentimiento de tratamiento. Estos ejemplos no son hechos para considerar todos los elementos pero para describir los tipos de usos y revelaciones que puedan ser hechos por nuestra oficina ya que haya firmado el consentimiento. PHI puede ser usado para preparar una receta y/o ser transmitido al tercero para el procesamiento de reclamaciones. Su información de paciente se

le puede dar a un fabricante Farmacéutico(s) o a sus agentes y/o usado por organizaciones en el proceso de obtener medicamento a través del Programa de Asistencia para Pacientes (PAP).

**Tratamiento:** Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para facilitar, coordinar, o manejar su cuidado de salud y cualquier otros servicios relacionados. Por ejemplo, podemos revelar información protegida de salud a doctores, enfermeras, u otro personal, incluyendo gente afuera de nuestra oficina, que están involucrados en su cuidado médico y necesiten la información para facilitarle con cuidado médico.

Esto incluye a otro proveedor o proveedor de cuidado de salud (e.g. especialista o laboratorio) quien, por solicitud de su proveedor, se involucra en su cuidado en proveer asistencia con el diagnóstico de su salud o tratamiento a su proveedor.

**Pagos:** Su información protegida de salud será usada, cuando necesario, para cobrar y obtener pagos para servicios de cuidado de salud de usted, una compañía de seguros, plan de salud, o tercero similar. Esto podría incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico podría llevar a cabo antes de aprobar o pagar servicios de salud que le recomendamos tales como, determinando elegibilidad o cubrimientos de beneficios de su seguro médico, revisando servicios probados a usted por necesidad médica, y llevar a cabo utilización para revisar actividades. Por ejemplo, obtener aprobación para ser internado en un hospital puede requerir que su relevante información protegida de salud sea revelada al plan de salud para obtener aprobación para la admisión al hospital.

**Operaciones de cuidado de salud:** Podríamos usar o revelar, cuando necesario, su información protegida de salud para poder apoyar la actividad de negocio en nuestra oficina. Estas actividades incluyen, pero no limitados a, actividades de evaluación de calidad, revisiones de actividad de empleados, y otros usos y revelaciones necesarios para asegurar que todos nuestros pacientes reciban cuidado de calidad y para operar y manejar nuestra oficina.

Podríamos usar o revelar su información protegida de salud, según sea necesario, para facilitarle con información de tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados a salud y servicios que podrían ser de interés a usted. También podríamos mandarle información sobre productos o servicios que nosotros creemos que sean de beneficio a usted. Usted puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad para solicitar que estos materiales se le manden a usted.

Podríamos usar o revelar su información demográfica al fin de poder contactarlo para actividades de recaudación de fondos apoyadas por nuestra oficina. Usted tiene el derecho de elegir no recibir ninguna información de recaudación de fondos. Si usted no desea recibir estos materiales, por-favor contacte al Oficial de Privacidad y solicite que no se le mande estos materiales de recaudación de fondos a usted.

## **2. Usos y Revelaciones de su Información Protegida de Salud basado en su Autorización por Escrito.**

Los siguientes usos y revelaciones de su información protegida de salud se harán solamente con su autorización por escrito:

- Usos y revelaciones de su información protegida de salud para fines comerciales; y
- Revelaciones que constituye la venta de su información protegida

En adición, la mayoría de usos y revelaciones de notas psicoterapia van a requerir autorización. Otros usos y revelaciones para proteger su información serán solamente con su autorización por escrito, a menos que sea permitido o requerido por ley como se describe a continuación. Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, mediante la presentación de una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y dejaremos de revelar la información protegida debajo de la autorización. Pero la revelación que hemos hecho en relación con su autorización antes de que usted la revoco no será afectada mediante al revocación.

## **3. Usos y Revelaciones que Nos Requiere que Le Proveemos Con Una Oportunidad de Oponerse.**

Podemos usar y revelar su información protegida de salud en las siguientes instancias. Usted tiene la oportunidad de estar de acuerdo u oponerse el uso o revelación de la información protegida de salud. Si usted no está presente o puede estar de acuerdo o oponer el uso o revelación de su información protegida de salud, entonces su proveedor podrá, usando su opinión profesional, determinar si la revelación esta a su mejor interés. En este caso, nada más la información protegida de salud que sea relevante a su cuidado de salud será revelada.

### **Otros Involucrados en Su Cuidado de Salud:**

Al menos que se oponga, podríamos revelar a un miembro de su familia, un pariente, un buen amigo o cualquier otra persona que usted identifique, su información protegida de salud que este directamente relacionada en la participación de esta persona en su cuidado médico. Si no puede estar de acuerdo u oponerse a tal revelación, nosotros podemos revelar dicha información cuando sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestra opinión profesional. Podríamos usar o revelar información protegida de salud para notificar o asistir en notificar un miembro de familia, representante personal o cualquier otra persona que es responsable por su cuidado y localidad, condición general o fallecimiento.

**Alivio de Desastres:** Podríamos usar o revelar su información protegida de salud a una entidad autorizada pública o privada para asistir en esfuerzos de alivios de desastres y para coordinar usos y revelaciones a familiares o otras personas involucradas en su cuidado de salud.

## **4. Situaciones Especiales: Usos y Revelaciones Que Podrían ser Hechos Sin Su Consentimiento, Autorización o Oportunidad de Oponer:**

Podríamos usar o revelar su información protegida de salud en las siguientes situaciones sin su

consentimiento o autorización. Estas situaciones incluyen:

**Requerido por Ley:** Podríamos usar o revelar su información protegida de salud en la medida en que el uso o revelación sea requerida por ley. El uso o revelación será hecho en conformidad con la ley y se limitara a los requisitos pertinentes de la ley. Usted será notificado, según requerido por la ley, de tales usos o revelaciones.

**Salud Pública: Riesgos:** Podríamos revelar su información protegida de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen revelaciones para prevenir o controlar enfermedad, heridas o discapacidad; reportar nacimientos o muertes; reportar abuso o negligencia de menores; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de revocaciones de productos que puedan estar usando; una persona que pueda haber sido expuesta a una enfermedad o puede estar a riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y a las autoridades del gobierno si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando es requerido o autorizado por ley.

**Las Actividades de Supervisión de la Salud:** Podríamos revelar información protegida de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorias, investigaciones, y inspecciones. Agencias de supervisión buscando esta información incluyendo agencias de gobierno que supervisan el sistema de atención de salud, programas de beneficios del gobierno, y otros programas regulatorios del gobierno, y leyes de derechos civiles.

**Efectos de la Notificación de Violación de Datos.** Podríamos usar o revelar su Información Protegida de Salud para facilitar anuncios que sean legalmente requeridos de acceso no autorizado o la revelación de su información médica.

**Asociados de Negocios:** Podemos revelar información protegida de salud a nuestros asociados comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra compañía para realizar los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o revelar ninguna información que no sea especificada como en el contrato.

**Proceso Legales:** Podríamos revelar información protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a cualquier orden de la corte o administración tribunal (a la medida en que dicha revelación sea expresamente autorizada), en ciertas condiciones en respuesta a una citación legal, petición descubierta o otro proceso legal.

**Departamento de Leyes:** Podríamos revelar información protegida de salud, cuando se cumplan los requisitos aplicables legales para propósitos de agentes de la ley. Los propósitos de agentes de la ley incluyen (1) procesos legales o como sea requerido por ley, (2) solicitudes de información limitada al fin de localizar y identificar y localización, (3) pertenecientes a víctimas de un delito, (4) sospecha de muerte que haya ocurrido como resultado de conducto criminal, (5) en

el evento de que un crimen ocurra en las instalaciones de la practica y (6) emergencias medicas (no en las instalaciones de la Práctica) y es posible que un crimen haya ocurrido.

**Médico de Forense, Directores de Funerales y Donación de Órganos:** Podríamos revelar información protegida de salud a un médico de forense, o examinador médico para propósitos de identificación, determinar causa de muerte o para que el médico de forense o examinador médico pueda llevar a cabo otros deberes autorizados por la ley. También podríamos revelar información protegida de salud a un director de funerales, como autorizado por la ley, para poder permitir que el director de funerales lleve a cabo sus deberes. Podríamos revelar tal información en anticipación razonable de muerte. Información protegida de salud puede ser usada y revelada para el propósito de donaciones de órganos de cadáver, ojos y tejidos.

**Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o La Seguridad:** Consistente con leyes aplicables federales y del estado, podríamos revelar su información protegida de salud, Si creemos que el uso o revelación sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza inminente seria a la salud o seguridad de alguna persona o el publico. Revelaciones, sin embargo, se harán solo a la persona capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**Actividad Militar y Seguro Nacional:** Cuando las condiciones apropiadas aplican, Podríamos usar o revelar información protegida de salud de individuos que sean personal de las Fuerzas Armadas (1) Para actividades consideradas necesarias por autoridades militares apropiado. (2) Para el propósito de determinación por el Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad de beneficios, o (3) para autoridad militar extranjero si usted es miembro de ese servicio militar extranjero. También podríamos revelar su información protegida de salud a oficiales federales autorizados para llevar a cabo seguridad nacional y actividades de inteligencia, incluyendo para la provisión de proteger servicios al presidente u otros legalmente autorizados.

**Compensación de Trabajadores:** Su información protegida de salud podría ser revelada por nosotros como autorizado para cumplir con leyes de compensación de trabajadores y otros programas legalmente estabilizados.

**Presidiario:** Podríamos usar o revelar su información protegida de salud si usted es un prisionero de una instalación correccional y su proveedor inicio o recibió su información protegida de salud en el curso de facilitarle cuidado médico.

**Usos y Revelaciones Requeridas:** Bajo la ley, tenemos que revelar a usted y cuando sea requerido por la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la sección 164.500 et. Seq.

## **5. Sus Derechos**

Lo siguiente es una declaración de sus derechos con respeto a su información protegida de salud y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

**Usted tiene el derecho a revisar y copiar su información protegida de salud.** Esto quiere decir que usted puede revisar o obtener una copia de su información protegida de salud que este contenida en el archivo designado por el tiempo que nosotros mantengamos su información protegida de salud. Un ‘archivo designado’ contienen archivos médicos y de cuenta y cualquier otro archivo que su proveedor y la practica use para hacer decisiones sobre usted.

Bajo ley federal, sin embargo, no puede revisar o copiar los siguientes archivos: notas de psicoterapia; información colectada en anticipación razonable de, o uso en, acción civil, criminal o administrativo, y información protegida de salud que sea subyugado a la ley que prohíbe acceso a información protegida de salud. Dependiendo en las circunstancias, usted puede tener el derecho de tener esta decisión revisada. Por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad si tiene preguntas de acceso a sus expedientes médicos.

**Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información protegida de salud.** Esto significa que usted nos puede pedir que no usemos o revelemos cualquier parte de su información protegida de salud por el propósito de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud. También puede solicitar que cualquier parte de su información protegida de salud no sea revelada a miembros familiares o amistades que podrían estar involucrados en su cuidado o para propósito de notificación como se describe en la notificación de prácticas privadas. Su solicitud tiene que especificar la restricción solicitada y a quien usted quiere que se le aplique la restricción.

Su proveedor no es requerido a estar de acuerdo a la restricción que usted pueda solicitar. Si su proveedor cree que es en su mejor interés permitir el uso o revelación de su información protegida de salud, su información protegida de salud no será restringida. Si su proveedor está de acuerdo a la restricción solicitada, no podremos usar o revelar su información protegida de salud en violación de esa restricción a menos que sea necesitada para facilitar tratamiento de emergencia. Con esto en mente, por favor comuníquese con cualquier restricción que usted desea solicitar con su proveedor. ***Usted puede solicitar una restricción al solicitar y completar la forma de información protegida de salud. Esta forma debería ser entregada al área de registración ya sea por correo o en persona. La clínica tiene el derecho de aceptar o negar esta solicitud.***

**Usted tiene el derecho a solicitar a recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o a una locación alternativa.** Cumpliremos con las solicitudes razonables. También podríamos condicionar esta solicitud pidiéndole por información sobre como se manejara el pago o especificación de domicilio alternativo o método de contacto. No solicitaremos de usted explicación de la base de la solicitud. Por favor solicite esto por escrito al Oficio de Privacidad.

**Usted podría tener el derecho de que su proveedor pueda enmendar su información protegida de salud.** Esto significa que usted puede solicitar una enmienda sobre su información protegida de salud en un archivo designado por el tiempo en que mantengamos esta información. En ciertos casos, podemos negar su solicitud de enmienda. Si negamos su solicitud

de enmienda, usted tiene el derecho de presentar su declaración de desacuerdo con nosotros y podríamos preparar una refutación a su declaración y le facilitaremos una copia de la refutación. Por favor contacte a nuestro Oficio de Privacidad para determinar si usted tiene preguntas sobre enmendar su expediente médico.

**Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si es que hay, de su información protegida de salud.** Este derecho se aplica a revelaciones a otros propósitos que no sean para tratamiento, pago u operaciones de salud como se describe en esta Notificación de Prácticas Privadas. Excluye revelaciones que le hemos hecho para un directorio servicial, a miembros familiares o amistades involucrados en su cuidado de salud, o para propósitos de notificación. Usted tiene el derecho de recibir información específica en respecto a estas revelaciones que ocurrieron después de 14 de Abril, 2003. Puede solicitar un plazo de tiempo más corto. El derecho a recibir esta información es dependiendo a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

**Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de esta notificación de nosotros,** con su solicitud, aunque haya aceptado recibir esta notificación electrónicamente.

**Derecho a recibir un aviso de infracción.** Usted tiene el derecho de ser notificada de cualquier infracción insegura de su información protegida de salud.

**Pagos del bolsillo.** Si usted paga de su bolsillo (o en otras palabras usted nos pidió que no le mandemos cobrar a su seguro medico) al contado por un servicio específico o artículo, Usted tiene el derecho de pedir que su información protegida de salud con respecto a ese servicio o artículo que no sea revelado al plan de seguro medico por el propósito de pago o operaciones de salud. Y nosotros honraremos su petición.

## **6. Quejas**

Usted se puede quejar con nosotros o con la Secretaria de Salud o Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Puede someter su queja con nosotros solo notifique al Oficio de Privacidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por someter su queja.

Usted puede contactar nuestro Oficio de Privacidad, al **(815) 490-1603** o [privacyofficer@crusaderhealth.org](mailto:privacyofficer@crusaderhealth.org) para más información sobre el proceso de sumiso.

Esta notificación fue publicada y será afectiva empezando el **1 de Abril del 2003.**