



## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Vigente: abril 14, 2003

Revisado: Sept 23, 2013

Resvisado: May 21, 2015

Resvisado: May 1, 2017

Revisado: Sept 18<sup>th</sup> 2018

Revisado: Aug 13<sup>th</sup> 2019

### ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MEDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

La Alianza de Salud reúne y mantiene información médica acerca de usted y se exige por ley que protejamos la privacidad de su información médica. Nosotros estamos obligados a brindarle este aviso de practicas de privacidad.

#### **Sus derechos con respecto a información médica acerca de usted.**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a información médica que nosotros mantenemos acerca de usted.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros limitemos los usos y divulgación de información médica acerca de usted. *Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con alguna de las restricciones solicitadas.* Aunque nosotros estemos de acuerdo con una restricción, ya sea usted o nosotros podemos terminar la restricción.
- **Derecho de recibir comunicación confidencial.** Usted tiene el derecho de solicitar que le comuniquemos información médica acerca de Usted, a usted de cierta manera o en cierta localización. Por ejemplo: usted tal vez prefiera que le envíen toda la información escrita a la dirección de su trabajo en vez de la dirección de su casa.
- **Derecho a inspeccionar y obtener una copia.** Con excepciones muy limitadas, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de información médica acerca de usted. Usted tiene el derecho a pedir una copia electrónica de su información de salud protegida.
- **Derecho a enmendar.** Usted tiene el derecho a pedirnos que enmendemos información médica acerca de usted. Usted tiene ese derecho mientras esa información sea guardada por nosotros. Si negamos su solicitud, le informaremos en que se basó esta negación. Usted tendrá el derecho de someter una declaración de desacuerdo con nuestra negación.
- **Derecho a una contabilidad de las divulgaciones.** Usted tiene el derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de información médica acerca de usted. La contabilidad puede ser de hasta seis (6) años anteriores a la fecha en que usted solicite la contabilidad pero no antes del 14 de abril del 2003.
- **Derecho a ser notificado de una violación.** Usted tiene el derecho a ser notificado en el evento de que ocurra una violación involucrando su información de salud protegida.
- **Derecho a una copia de este aviso.** Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de nuestro Aviso de procedimientos de Privacidad o puede pedir una copia electrónica. Usted puede obtener una copia de papel aunque haya acordado recibir una copia electrónica. Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de procedimientos de privacidad en nuestra página de Internet, [www.CabarrusHealth.org](http://www.CabarrusHealth.org)

- Para ejercer estos derechos, debe de someter su pedido por escrito a: **Privacy Officer, Cabarrus Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081.**

### **Cómo podemos nosotros usar y divulgar su información médica**

Nosotros usamos y divulgamos su información médica sobre usted con diferentes propósitos. Cada uno de esos propósitos son descritos abajo:

- **Para tratamiento.**

Nosotros podemos usar información médica suya para proveer, coordinar o manejar sus cuidados médicos y servicios relacionados, ya sea por nosotros u otro proveedor de cuidados de salud. Nosotros podemos divulgar información médica suya con sus doctores, enfermeras, hospitales y otras instalaciones de salud que estén involucrados en su cuidado. Por ejemplo, podríamos consultar concerniente a usted con algunos otros proveedores del cuidado de salud y como parte de la consulta compartir su información médica con ellos. Igualmente, podríamos referirle a otro proveedor de cuidados de salud y como parte de la remisión compartir información médica sobre usted con ese proveedor. Esto incluye expedientes de Salud Mental y Salud Conductual a menos que yo me niegue. Entiendo que si me niego, debo notificarlo a CHA por escrito. Entiendo que esto no aplica a los expedientes del Uso de Sustancias protegidos bajo 45 C.F.R. parte 2.

- **Para pagos.**

Podríamos usar y divulgar información médica acerca de usted para que se nos pueda pagar rápidamente por los servicios que le brindamos. Esto incluye cobrarle a usted, a su compañía de seguro o a un tercer pagador. Por ejemplo, si necesitamos darle a su compañía de seguro información acerca de los servicios de cuidados de salud que le hemos brindado para que su compañía de seguro nos pague por esos servicios o reembolsarle a usted la cantidad que haya pagado. Podríamos también tener que proveerles a su compañía de seguro médico o programa del gobierno, tales como Medicare o Medicaid, información acerca de su condición médica y el cuidado de salud que usted necesita recibir para poder determinar si usted está cubierto por ese seguro médico o programa. Si usted paga por los servicios que le brindamos y no hay ninguna tercera persona involucrada, usted tiene el derecho a restringir la divulgación de la información de salud protegida a un plan de seguro por el servicio por el cual pago, si usted pago por completo. Esto incluye expedientes de Salud Mental y Salud Conductual a menos que yo me niegue. Entiendo que si me niego, debo notificarlo a CHA por escrito. Entiendo que esto no aplica a los expedientes del Uso de Sustancias protegidos bajo 45 C.F.R. parte 2.

- **Para el manejo del cuidado de salud.**

Podríamos usar y divulgar información médica acerca de usted para su propio manejo de cuidado de salud. Estos son necesarios para que nosotros podamos operar la Alianza de Salud de Cabarrus y mantener un cuidado de salud de calidad para nuestros pacientes. Por ejemplo, podríamos usar información médica suya para revisar los servicios que proveemos y el desempeño de nuestro personal al cuidar de usted. Puede ser que divulguemos información médica acerca de usted para entrenar a nuestro personal, voluntarios y estudiantes trabajando para la Alianza de Salud de Cabarrus. También podemos utilizar la información para estudiar maneras de administrar nuestra organización más eficientemente. Esto incluye expedientes de Salud Mental y Salud Conductual a menos que yo me niegue. Entiendo que si me niego, debo notificarlo a CHA por escrito. Entiendo que esto no aplica a los expedientes del Uso de Sustancias protegidos bajo 45 C.F.R. parte 2.

- **Como nos pondremos en contacto con usted.**

A menos que usted nos avise lo contrario por escrito, nosotros podemos ponernos en contacto con usted ya sea por teléfono o por correo en su casa o lugar de trabajo. En cualquiera de los lugares, nosotros le dejaremos mensaje en la máquina contestadora o el buzón telefónico.

- **Recordatorio de citas.**

Podríamos comunicarnos con usted para recordarle de alguna cita que tenga con nosotros.

- **Personas involucradas en su cuidado.**

Podríamos divulgarle a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted, información médica acerca de usted que sea directamente pertinente a la participación de ésta persona en su cuidado o pagos relacionados con sus cuidados. También podríamos usar y divulgar información médica acerca de usted para notificar, o asistir en notificar, de su localización, condición general o muerte. Si hay algún miembro de la familia, otro pariente o amigo personal cercano al cual usted no quisiera que se le divulgara alguna información médica acerca de usted, por favor notifique a: **Privacy Officer, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081 o avísele al miembro personal que le esté brindando cuidado**

- **Ayuda en un desastre.**

Podríamos usar o divulgar información médica acerca de usted a una entidad pública o privada autorizada por ley o por sus estatutos a asistir en esfuerzos de ayuda en caso de un desastre. Esto será hecho para coordinar con estas entidades a notificar a un miembro de su familia, otro pariente, un amigo personal cercano o alguna otra persona identificada por usted de su localización, condición general o muerte.

- **Requerido por ley.**

Podríamos usar o divulgar información médica acerca de usted cuando sea exigido por la ley. **En circunstancias especiales se nos puede permitir o se nos puede exigir divulgar su información para:** Actividades de salud pública. Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Supervisión de actividades de salud. Procesos judiciales y administrativos. Divulgación para propósitos de ejecución de la ley. Médicos forenses y investigadores. Directores fúnebres. Donación de órganos, ojos o tejidos. Investigación. Para prevenir amenazas serias hacia la salud o seguridad. Militar. Inteligencia y seguridad nacional. Servicios de protección para el Presidente. Permisos/pases de seguridad. Presidarios: Personas bajo arresto. Indemnización del trabajador.

### Otros usos y divulgaciones

- La Legislación de no discriminación de información genética (GINA) Los planes de salud que son entidades cubiertas por HIPAA, excepto póliza de cuidados a largo plazo, están prohibidos de usar o divulgar la información de salud protegida de los individuos que sea información genética para propósitos de suscribir.
- Le podríamos pedir que participe en mercadeo. Esto requiere una autorización firmada por usted para poder participar.
- Se le puede pedir que participe en oportunidades de investigación, si es así, obtendríamos un consentimiento informado de parte suya dando consentimiento a participar en la investigación.
- Una autorización firmada por usted se requiere si usted pide que nosotros divulguemos su expediente de psicoterapia si es pertinente.
- CHA se adherirá a la Ley de Salud mental del Estado de NC GS 122c. Usted tiene el derecho de exclusión voluntaria de divulgación para los propósitos de TPO. Si usted elige la exclusión voluntaria, debe hacerlo firmando la forma de No Divulgación de CHA. Para los propósitos de divulgación de los expedientes de salud mental por razones diferentes a TPO, usted será requerido a firmar la forma de autorización del paciente.
- CHA se adherirá a la Ley Federal que regula el trastorno por el uso de sustancias (SUD) 42 C.F.R. Parte 2. De conformidad con esta ley, los expedientes que contengan dicha información sólo serán divulgados cuando usted firme un consentimiento de autorización del paciente, cuando sea requerido por la ley o por una orden judicial.

- MERCADEO: CHA no venderá su PHI sin su expreso consentimiento por escrito. CHA no usará y/o divulgará su PHI para la cual la regla declare expresamente que se necesita una autorización por escrito del individuo toma efecto primero.
- Otros usos y divulgaciones se harán solamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar esa autorización en cualquier momento notificando a: **Cabarrus Health Alliance, 300 Mooresville Road, NC 28081 Attn: Privacy Officer** por escrito de su deseo de revocarlo. Sin embargo, si usted revoca tal autorización, no tendrá algún efecto en acciones tomadas por nosotros en confianza a ella.

**Podemos proporcionar su información de salud a un programa de intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) en el cual participamos.** HIE es una base de datos de historial médico en la que otros proveedores de cuidado de la salud que le atienden pueden tener acceso a su información médica desde donde se encuentren, suponiendo que sean miembros de HIE. Entre estos proveedores se pueden incluir sus médicos, centros de enfermería, agencias de cuidado en el hogar u otros que le proporcionan cuidado por fuera de nuestros hospitales o consultorios. Por ejemplo, usted puede estar de viaje y tener un accidente en otra área del estado. Si el médico que le está tratando es miembro de un HIE en el cual participamos, él/ella puede tener acceso a su información a la que otros proveedores han contribuido. Tener acceso a esa información adicional puede ayudar a su médico a proporcionarle rápidamente cuidado informado porque él/ella obtendrá de HIE bastante conocimiento de su historia médica, alergias o recetas. Si no desea que su información médica forme parte de HIE's y sea compartida con estos miembros proveedores de cuidado de la salud, puede optar por no participar visitando los siguientes sitios: <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices> (NC HealthConnex HIE) y [www.CareConnectCarolinas.com](http://www.CareConnectCarolinas.com). Luego siga las instrucciones de como someter una solicitud de exclusión voluntaria. Tenga en cuenta que si opta por no participar, sus proveedores no tendrán la información más reciente sobre usted lo cual puede afectar su cuidado. Si decide volver a participar después, visite [www.CareConnectCarolinas.com](http://www.CareConnectCarolinas.com) y <https://hiea.nc.gov/patients/yourchoices>.

Si usted es menor de 18 años, por favor tome nota que la NC HIEA no procesará su opción de salida al menos que su padre o tutor legal haya firmado su opción de salida, o hasta que usted haya sido emancipado. Si usted es un menor y usted recibe tratamiento para (i) enfermedad venérea u otras enfermedades reportadas, (ii) embarazo, (iii) abuso de sustancias controladas o alcohol, y (iv) trastorno emocional, el NC HIEA está permitiendo a los proveedores no remitir datos referentes a los tratamientos en NC HealthConnex. Por Favor hable con su proveedor de salud para ver si usted es capaz de solicitar que esta información no sea revelada en NC HealthConnex. Vea N.C.G.S. 90-21.5 (Consentimiento de un menor suficiente para ciertos servicios médicos) y 145 C.F.R. §164.502 de HIPAA. Es importante notar que los proveedores mismos deben no revelar esta información a un padre o tutor legal al menos que sea médicamente necesario

### **Nuestros Deberes**

- **Generalmente.** Nosotros estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica acerca de usted y a proveerle el aviso de nuestras obligaciones y practicas de privacidad con respecto a su información médica a todas las personas. Estamos requeridos a cumplir con los términos de nuestro Aviso de practicas de privacidad en efecto en estos momentos.
- **Nuestro derecho a cambiar el Aviso de procedimientos de privacidad.** Nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso de procedimientos de privacidad. Nosotros reservamos el derecho a hacer las nuevas estipulaciones efectivas para toda información médica que nosotros mantenemos, incluyendo la creada o recibida por nosotros antes de la fecha vigente del nuevo aviso.
- **Disponibilidad del Aviso de procedimientos de privacidad.** Una copia actualizada de nuestro Aviso de practicas de privacidad será puesta en nuestras salas de espera. Una copia actualizada del Aviso de procedimientos de privacidad también será puesta en nuestra página de Internet [www.CabarrusHealth.org](http://www.CabarrusHealth.org). En cualquier momento,

usted puede obtener una copia actualizada del Aviso de practicas de privacidad comunicandose con Privacy Officer, Cabarrus Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081

- **Quejas.** Usted puede quejarse con nosotros o **con** el Secretario de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Para presentar una queja con nosotros, comuníquese con **Privacy Officer, Cabarrus Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081.** Para presentar una queja con el gobierno federal: **Region IV Office for Civil Rights, US Dept of Health and Human Services, Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth St., SW, Atlanta, GA 30303-8909.** Todas las quejas deben de ser sometidas por escrito. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.
- **Preguntas e información.** Si usted tiene alguna pregunta o quiere más información referente a este Aviso de procedimientos de privacidad, por favor comuníquese con: **Privacy Officer, Cabarrus, Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081, Telf. 704-920-1000.**