

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a ella. Lea atentamente.

**Sadler Health Center (Sadler)** respeta la privacidad de su información médica personal y se compromete a mantener su confidencialidad. Sadler recopila, crea y mantiene un registro de su atención con el fin de mejorar la calidad y cumplir con los requisitos legales. Este aviso se aplica a toda la información y a un registro relacionado con su atención, como la información recibida o creada por nuestros empleados, personal, voluntarios y médicos, e incluye a cualquier persona que esté realizando una formación de alumno o un seguimiento en una de nuestras instalaciones. También describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a su información médica personal.

La ley nos obliga a:

- Mantener la privacidad de su información médica personal;
- Proporcionarle este Aviso detallado de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica personal; y
- Cumplir con los términos de este aviso.

Si tiene alguna pregunta con respecto a este aviso, puede ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad de SHC llamando al 717-218-6670.

## Su información médica

**Podemos utilizar y divulgar su información médica personal para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.** Hemos descrito estos usos y divulgaciones a continuación y hemos proporcionado ejemplos. No se enumerarán todos los posibles usos o divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones sanitarias.

### Tratamiento

Podemos utilizar y divulgar su información médica para proporcionarle tratamiento y servicios médicos. Podemos compartir información médica sobre usted con médicos, dentistas y otros proveedores médicos y dentales; personal como enfermeras y asistentes médicos; y otros empleados o personal de SHC que estén involucrados en su atención.

El SHC está obligado por ley a proteger la privacidad de cierta información de manera más estricta si se trata de VIH/SIDA, condiciones de salud mental o adicción o tratamiento de drogas/alcohol.

### Pago

Podemos utilizar y divulgar su información médica personal para facturar y recibir el pago por el tratamiento y los servicios que recibe en el SHC. Para fines de facturación y pago, podemos revelar su información médica personal a su plan de seguro médico, Medicare, Medicaid u otro tercero pagador.

### Operaciones de atención médica

Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para las operaciones de la práctica. Esta información nos ayuda a ser eficientes y a mejorar la calidad de la atención.

## Usos y divulgaciones para otros fines que no requieren aprobación

**También podemos utilizar y divulgar información médica personal sobre usted para otros fines específicos.**

Esta sección describe otras formas en las que podemos utilizar y divulgar su información médica personal sin su autorización por escrito. No se enumeran todos los usos y divulgaciones.

**Recordatorio de citas** - Podemos utilizar o divulgar información médica personal para recordarle sus citas. Recibirá un mensaje de texto/correo electrónico automático que le recordará sus próximas citas. Si prefiere darse de baja, notifiquenoslo.

**Persona implicada en su atención o en el pago de su atención** - A menos que usted se oponga, podemos, en ciertas circunstancias, revelar su información médica personal a su representante personal, como un miembro de la familia, un amigo personal cercano, un abogado o un miembro del clero que esté involucrado en su cuidado. Cualquier objeción debe anotarse en el formulario de Autorización de Divulgación de Información Médica Personal que recibió y firmó cuando se registró por primera vez como paciente en el SHC.

**Ayuda para catástrofes** - Podemos revelar su información médica personal a una organización que asista en un esfuerzo de alivio de desastres.

**Actividades de salud pública** - Podremos divulgar su información médica personal para actividades de salud pública, como el mantenimiento de los registros vitales como el nacimiento y la muerte, la notificación a una persona que pueda haber sido expuesta a una enfermedad o puede propagar una enfermedad a otros, y la notificación de la retirada de productos. El SHC también puede divulgar datos, como la información de identificación, cuando lo exija la ley o los mandatos o requisitos federales/estatales.

**Denunciar el abuso, el abandono o la violencia doméstica** - Si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos utilizar y divulgar su información médica personal para notificar a una autoridad gubernamental según lo requiera o autorice la ley.

**Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad** - Podremos utilizar y divulgar su información médica personal cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier revelación se haría solo a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**Actividades de supervisión sanitaria** - Podremos revelar su información médica personal a una agencia de supervisión sanitaria para actividades de supervisión autorizadas por la ley. Estos pueden incluir: auditorías, investigaciones, inspecciones y acciones de licencia u otros procedimientos legales.

**Como exija la ley** - Divulgaremos su información médica personal cuando la ley lo exija.

**Requerido por las fuerzas del orden** - Podremos divulgar su información médica personal cuando lo requieran las fuerzas del orden federales, estatales o locales, incluso para cumplir con los requisitos de información; para cumplir con una orden judicial, una orden de arresto, una citación, un requerimiento de investigación o un proceso legal similar; para identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo material o una persona desaparecida; cuando se solicite información sobre la víctima de un delito si la persona está de acuerdo o en otras circunstancias limitadas; para comunicar información sobre una muerte sospechosa; para proporcionar información sobre una conducta delictiva que ocurra en el Sadler; para comunicar información en circunstancias de emergencia sobre un delito; o cuando sea necesario para identificar o detener a una persona en relación con un delito violento o una fuga de la custodia legal.

**Actividades de seguridad nacional e inteligencia** - Podremos revelar información médica personal a funcionarios federales autorizados que lleven a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia o para realizar ciertas investigaciones especiales.

**Investigación** - Podremos permitir que la información médica personal sea utilizada o divulgada con fines de investigación, siempre que el investigador se adhiera a ciertas protecciones de privacidad.

**Forenses, examinadores médicos, directores de funerarias, organizaciones de donación de órganos y tejidos** - Podemos divulgar su información médica personal a un forense, examinador médico o director de una funeraria; y, si usted es un donante de órganos, a una organización involucrada en la donación de órganos y tejidos.

**Militares y veteranos** - Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos utilizar y divulgar su información médica personal según lo requiera la autoridad del mando militar, o en el caso del personal militar extranjero según lo requiera la autoridad militar extranjera correspondiente.

**Socios comerciales** - Podemos revelar información médica personal a nuestros socios comerciales con el fin de proporcionarle atención.

**Compensación de los trabajadores** - Podemos utilizar o divulgar su información médica personal para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores o programas similares.



**Procedimientos judiciales y administrativos** - Podremos revelar su información médica personal en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal. Haremos un esfuerzo de buena fe para ponernos en contacto con usted sobre la solicitud, o para darle la oportunidad de obtener una orden o un acuerdo que proteja su información.

**Actividades de recaudación de fondos.** A menos que usted se oponga, podemos divulgar información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono para ponernos en contacto con usted como parte de una campaña de recaudación de fondos para Sadler. Dichas comunicaciones de recaudación de fondos deberán proporcionar, de manera clara y conspicua, la oportunidad de optar por no recibir futuras comunicaciones de recaudación de fondos.

## **Sus derechos en materia de información médica**

**Derecho a acceder a la información médica personal** - Tiene derecho a solicitar, oralmente o por escrito, su historial médico, dental o de facturación, u otra información escrita que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención, excepto las notas de psicoterapia que pueden estar restringidas de acuerdo con la normativa de Pensilvania. Si mantenemos su información en un registro electrónico, puede obtener de nosotros una copia de dicha información en formato electrónico y ordenarnos que transmitamos dicha copia directamente a una entidad o persona designada por usted. Debemos permitirle inspeccionar sus registros dentro de las 24 horas siguientes a su solicitud. Si solicita copias de sus registros, debemos proporcionarle copias en un plazo de 2 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable por nuestros costes de copia y envío de la información solicitada.

**Derecho a solicitar restricciones** - Tiene derecho a solicitar que se restrinja el uso o la divulgación de su información médica personal a un familiar, amigo u otra persona que participe en su atención o en el pago de la misma, o para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su restricción solicitada a menos que la divulgación de los registros sea requerida por la ley, o que la divulgación de la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

Usted puede enumerar qué restricciones, y a quién, en el formulario de Autorización de Divulgación de Información Médica que debe completar cuando se registra para recibir atención en el SSHC. Si desea modificar dichas restricciones, puede solicitar y cumplimentar una nueva Autorización de Divulgación de Información Médica al personal de recepción.

**Derecho a solicitar una enmienda** - Usted tiene derecho a solicitar a SHC que modifique cualquier información médica personal que conserve durante todo el tiempo que la información sea conservada por o para SHC. Debe presentar su solicitud por escrito al responsable de privacidad e indicar el motivo de la modificación solicitada.

**Podemos denegar su solicitud de modificación si la información si:**

- No ha sido creada por SHC, a menos que el autor de la información ya no esté disponible para atender su solicitud;
- No forma parte de la información médica personal mantenida por o para SHC;
- No forma parte de la información a la que usted tiene derecho a acceder;
- Ya es exacto y completo, según lo determinado por el SHC.

Si denegamos su solicitud de modificación, le proporcionaremos una explicación por escrito de la denegación. Tendrá derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo con la denegación.

**Derecho a un informe contable de la divulgación** - Tiene derecho a solicitar un "informe contable" de las divulgaciones que hagamos de su información médica personal o que hagan otros en nuestro nombre, excluyendo las divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica o algunas otras excepciones. El informe incluirá, si se solicita: la fecha de divulgación; el nombre de la persona o entidad que recibió la información y su dirección; una breve descripción de la información divulgada; una breve declaración del propósito de la divulgación o una copia de la autorización o solicitud; o cierta información resumida relativa a varias divulgaciones similares. Para solicitar un informe contable de las divulgaciones, debe presentar una solicitud por escrito al responsable de privacidad. El primer informe contable proporcionado en un período de 12 meses será gratuito; para las solicitudes posteriores, podremos cobrar una tarifa.

**Derecho a una copia en papel de este aviso** - Tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento.



## **OBLIGACIÓN DE NOTIFICARLE DE UN ABUSO RELACIONADO CON SU PHI**

### **Deber de notificación**

El SHC está obligado a notificarle en caso de que se produzca un abuso relacionado con su información médica protegida (PHI). Un "abuso" se define como la adquisición, el acceso, el uso o la divulgación no autorizados de la PHI que comprometan la seguridad o la privacidad de la misma, pero no incluye la adquisición, el acceso o el uso no intencionados de dicha información, la divulgación inadvertida de la misma y la divulgación a una persona que no está razonablemente capacitada para conservarla. "Información médica protegida no asegurada" se refiere a la información médica protegida que no está asegurada mediante el uso de un proceso de encriptación válido aprobado por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos o la destrucción de los medios en los que se registre o almacene la información médica protegida.

### **Plazos y método de notificación**

SHC le notificará a más tardar 60 días después de descubrir dicho abuso por correo de primera clase, o por correo electrónico si así lo ha especificado como su preferencia.

### **Contenido de la notificación**

Nuestra notificación a usted incluirá:

- Una breve descripción de lo ocurrido, incluyendo la fecha del abuso y la fecha de descubrimiento (si se conoce);
- Una descripción de los tipos de PHI que estuvieron involucrados en el abuso;
- Cualquier medida que deba tomar para protegerse de los posibles daños resultantes del abuso;
- Una breve descripción de lo que estamos haciendo para investigar el abuso, mitigar el daño al residente y protegerlo contra nuevos abusos; y
- Procedimientos de contacto para que usted pueda hacer preguntas u obtener información adicional, que deben incluir un número de teléfono gratuito, una dirección de correo electrónico, un sitio web o una dirección postal.

## **Usos y divulgaciones con autorizaciones**

Solo utilizaremos y divulgaremos la información médica personal (aparte de lo descrito en este aviso o lo exigido por la ley) con su autorización por escrito. Puede revocar su Autorización para utilizar o divulgar información médica personal, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su Autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su información médica personal para los fines cubiertos por la Autorización, excepto cuando ya nos hayamos basado en ella.

## **Quejas**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito a Sadler o a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de los Estados Unidos. Para presentar una queja a Sadler, póngase en contacto con nuestro responsable de privacidad en el 717-218-6670. **No tomaremos represalias contra usted si usted presenta una reclamación.**

## **Cambios en esta notificación**

Pondremos a su disposición para su revisión este Aviso siempre que se produzca un cambio sustancial en los usos o divulgaciones, en sus derechos individuales, en nuestras obligaciones legales o en otras prácticas de privacidad establecidas en este Aviso. Nos reservamos el derecho a modificar este Aviso y a hacer efectivas las disposiciones revisadas o nuevas del Aviso para toda la información médica personal que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia del Aviso actual en el vestíbulo del Sadler. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia del Aviso revisado.

*Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea más información sobre sus derechos de privacidad, póngase en contacto con nuestro responsable de privacidad llamando al 717-218-6670.*



**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

N.º de seg. social: \_\_\_\_\_

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del Sadler Health Center.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE SI  
EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR

\_\_\_\_\_  
FECHA

**SOLO PARA USO INTERNO:**

Si no logra obtener un acuse de recibo por escrito de \_\_\_\_\_ [Nombre del paciente]  
o

\_\_\_\_\_ [Nombre de la persona responsable], indique el motivo a continuación:

\_\_\_\_\_ El paciente o persona responsable se niega a firmar este reconocimiento.

\_\_\_\_\_ Otros (explíquese en detalle a continuación): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_