

## **AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

### **SUS DERECHOS**

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle. Usted tiene derecho a:

**Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico:** Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacerlo. • Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

**Pedirnos que corrijamos su expediente médico:** Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacerlo. • Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

**Solicitar comunicaciones confidenciales:** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. • Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

**Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos:** Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención. • Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

**Obtenga una lista de las personas con las que hemos compartido información:** Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué. • Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma

gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

**Obtenga una copia de este aviso de privacidad:** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

**Elija a alguien para que actúe en su nombre:** Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. • Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **SUS OPCIONES**

En el caso de cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:** Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado

- Compartamos información en una situación de socorro en caso de desastre.
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

**En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:** Fines de marketing • Venta de su información • La mayoría de las notas de psicoterapia se comparten.

**En el caso de la recaudación de fondos:** Es posible que nos pongamos en contacto con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no nos pongamos en contacto con usted de nuevo.

### **NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES**

**¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?** Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

**Tratarlo:** podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. *EJEMPLO: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a su médico de atención primaria sobre su estado de salud general.*

**Administrar nuestra organización:** podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. *EJEMPLO: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*

**Facturar por nuestros servicios:** podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. *EJEMPLO: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)**. **(DAR LA VUELTA)**

**Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad:** podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con las retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

**Hacer investigación:** podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

**Cumplir con la ley:** compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos:** podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

**Trabajar con un médico forense o director de funeraria:** podemos compartir información con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

**Abordar la compensación de los trabajadores, las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales:** podemos usar o compartir información de salud sobre usted

- Para reclamos de compensación para trabajadores
- Con fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con los organismos de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

**Responder a demandas y acciones legales:** podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Para obtener más información, consulte:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

### **CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

### **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si cree que BCHC puede haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión tomada con respecto a su acceso a su información de salud, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad a través de la información de contacto a continuación. Todas las quejas deben hacerse por escrito. Puede solicitar un Formulario de Queja a nuestro Oficial de Privacidad o a cualquier miembro del personal. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información y no tomaremos represalias de ninguna manera.

**Oficial de Privacidad**

Janice Marie Provetti  
Director de Cumplimiento  
645 Penn Street, Suite 301  
Lectura, PA 19601  
Teléfono: 484-772-4072  
Correo electrónico: [jprovetti@berkschc.org](mailto:jprovetti@berkschc.org)

Si decide presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., comuníquese con:

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
200 Avenida de la Independencia, S.W.  
Washington, DC 20201  
Correo electrónico: [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov)  
Línea gratuita: 1-800-368-1019  
TDD: 1-800-537-7697

O visite:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)