

MERCY CLINICS, INC.
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE ADQUIRIR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

*Si usted tiene cualquier pregunta acerca de esta notificación, por favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad al
515-247-3222*

Mercy Clinics, Inc. y las entidades afiliadas de Catholic Health Initiatives son requeridas por la ley mantener la privacidad de su información de salud; proveerle notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y seguir los términos de esta notificación. Esta notificación aplica a todos sus registros de salud generados por Mercy Clinics, Inc., ya sea hechos por nuestro personal o su médico personal.

Esta notificación le informará acerca de las maneras en las cuales nosotros podemos usar y divulgar su información de salud en Mercy Clinics, Inc. y con otras entidades. También nosotros describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en relación al uso y divulgación de su información de salud.

¿QUIÉN CUMPLIRÁ CON ESTA NOTIFICACIÓN?

Mercy Clinics, Inc.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD.

Para tratamiento. Usaremos su información de salud para proveerle tratamiento de cuidado de salud y para coordinar o administrar servicios con otros proveedores de cuidado de salud, incluyendo terceras partes. Nosotros podemos divulgar toda o cualquier porción de su información de salud a su médico principal, médico(s) consultor(es), enfermeras, técnicos, estudiantes médicos, o cualquier otra entidad, o personal de cuidado de salud quienes tienen una necesidad legítima de tal información para proveerle cuidado. Los diferentes departamentos de las entidades compartirán su información de salud para coordinar los servicios de cuidado de salud que usted necesita, tales como recetas médicas, trabajo de laboratorio y radiografías. Podemos divulgar su información de salud para comunicarle recordatorios de sus citas y para proveerle con información acerca de opciones posibles de tratamiento o alternativas, y otros beneficios y servicios relacionados a la salud. También podemos divulgar su información de salud a personas fuera de la entidad quienes pueden estar involucradas en su cuidado de salud después de que salga de la entidad, tales como otros médicos involucrados en su cuidado, hospitales de especialidad, entidades con cuidado de enfermeras expertas y otros servicios relacionados al cuidado de salud.

Para Pago. Usaremos y divulgaremos su información de salud para actividades que sean necesarias para recibir pago de nuestros servicios, tales como determinar cubrimiento de seguro, facturación, pago y cobranza, administración de reclamos, y procesamiento de datos médicos. Por ejemplo, podemos informar a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted está planeando, para recibir aprobación o para determinar si su plan cubrirá el propuesto tratamiento. Podemos divulgar su información de salud a otros proveedores de cuidado de salud para que puedan recibir pago por los servicios de cuidado de salud que se le hayan provisto, tales como servicios de ambulancia. Podemos también proveerle información a otras terceras partes o individuos quienes son responsables de pagos por su cuidado de salud.

Para Administración de Cuidado de Salud. Podemos divulgar su información de salud para administración rutinaria de las entidades, tales como planeación y desarrollo de negocios, evaluación de calidad de servicios provistos, auditoría interna, acreditación, certificación, actividades de concesión de licencias o credenciales, investigación y educación médica para personal y estudiantes, y para otras entidades de cuidado de salud que tienen una relación con usted y necesitan la información para propósitos administrativos.

Investigación. Podemos usar y divulgar su información de salud a investigadores cuando el Consejo de Evaluación Institucional aprueba el estudio de investigación y el uso de su información de salud.

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donador de órganos, podemos divulgar su información de salud a organizaciones que manejan la adquisición y transplante de órganos o a un banco de donación de órganos, tal como sea necesario para facilitar donación o transplante de órganos o tejidos.

USOS Y DIVULGACIONES QUE SON REQUERIDOS O PERMITIDOS POR LA LEY

Estamos ya sea requeridos o permitidos a reportar su información de salud para varios propósitos, sujetos a requerimientos de leyes federales, estatales o locales. Algunos de estos requerimientos de reporte incluyen:

Actividades de Salud Pública. Podemos divulgar su información de salud a oficiales de salud pública para actividades tales como de prevención o control de enfermedades comunicables, lesión o incapacitación, para reportar nacimientos y muertes, para reportar sospecha de abuso o negligencia infantil, para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos.

Esfuerzos de Beneficiencia de Desastre. Podemos divulgar su información de salud a una entidad que asiste en un desastre de esfuerzo de beneficiencia para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición y el lugar donde usted está.

Actividades de Supervisión de Salud. Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones, y licenciatura. Estas actividades son necesarias por el gobierno para supervisar el sistema de cuidado de salud, programas gubernamentales y cumplimiento con las leyes de los derechos civiles.

Procedimiento Judicial o Administrativo. Podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden de la corte o administrativa, una citación válida, solicitud de descubrimiento, procedimientos civiles o criminales, u otros procesos legales.

Aplicación de la Ley. Podemos divulgar su información de salud si es requerida por un oficial de aplicación de la ley:

- En respuesta a una orden de la corte, citación, orden judicial, convocatoria o procesos legales similares;
- En circunstancias limitadas relacionadas a una víctima o muerte de una víctima de un crimen;
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen; el lugar del crimen o víctimas; o la descripción de identidad o localización de la persona que cometió el crimen, incluyendo crímenes que pueden ocurrir en nuestras entidades.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funeraria. Podemos divulgar su información de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona que murió o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su información de salud para ayudar al director de la funeraria a cumplir con sus obligaciones.

Compensación de los Trabajadores. Podemos divulgar su información de salud para beneficios de compensación del trabajador o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo.

Para Prevenir una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad. Podemos divulgar su información de salud cuando es necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud o seguridad de otra persona o el público.

Seguridad Nacional. Podemos divulgar su información de salud a oficiales federales para actividades de seguridad nacional y para la protección del Presidente y otros Jefes de Estado.

Militares y Veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud como es requerido por las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información de salud acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

Presidarios. Si usted es un presidiario de una institución correccional o en custodia de un oficial encargado en la aplicación de la ley, podemos divulgar su información de salud a la institución. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le provea con cuidado de salud; o (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la protección y seguridad de la institución correccional.

OTROS USOS DE SU INFORMACION DE SALUD.

Otros usos y divulgaciones de su información de salud no cubiertos en esta notificación, o las leyes que aplican a nosotros, serán hechos únicamente con su autorización por escrito. Si usted nos provee con autorización para usar o divulgar su información de salud, usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento.

Cuando nosotros recibimos su revocación por escrito ya no usaremos o divulgaremos su información de salud para el propósito de esa autorización. Sin embargo, no nos será posible recuperar cualesquiera divulgaciones ya hechas basadas en su autorización previa.

Usted tiene los siguientes derechos relacionados a su información de salud:

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Tiene derecho a inspeccionar su información de salud y recibir una copia de sus registros médicos, facturas u otros registros que puedan ser usados para hacer decisiones acerca de su cuidado. El derecho a inspeccionar y copiar no aplica a notas de psicoterapia, **(mantenidas por separado del registro de salud)**.

Someta su petición por escrito a la clínica. Sin embargo, podemos cobrar una cuota por el documento para cubrir los costos de copiar, mandar por correo u otros materiales de oficina.

En circunstancias limitadas, podemos negar su petición de inspeccionar y copiar su información de salud. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede pedir que la negativa sea evaluada. Un profesional de cuidado de salud registrado escogido por Mercy Clinics, Inc. evaluará su petición y la negativa. La persona que conduce la evaluación no será la misma persona que negó la petición. Cumpliremos con los resultados de la evaluación.

Derecho a Solicitar una Enmienda. Usted tiene derecho a pedir una enmienda a su información de salud que usted cree es incorrecta o incompleta.

Someta su petición por escrito, usando Petición para Enmienda a PHI, incluyendo su razón para la enmienda al Gerente de la Clínica.

Podemos negar su petición a una enmienda si no está por escrito o no incluye una razón que apoye su petición. También podemos negar su petición si usted nos pide enmendar información que:

- No fue creada por Mercy Clinics, Inc.; a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No es parte de la información médica mantenida por o para Mercy Clinics, Inc.;
- No es parte de la información que le permitiría a usted a inspeccionar y copiar;
- Es precisa y completa.

Comuníquese con el Gerente de la Clínica para obtener una copia en papel de esta petición.

Derecho a Explicación de Divulgaciones. Estamos requeridos a mantener una lista de divulgaciones de su información de salud. Sin embargo, no estamos requeridos a mantener una lista de divulgaciones que fueron hechas siguiendo sus autorizaciones por escrito, o divulgación por tratamiento, pago o administración de cuidado de salud. Usted tiene derecho a pedir una explicación de divulgaciones que no fueron sujetas a su autorización por escrito.

Someta su petición por escrito a la clínica. Su petición debe estipular un periodo de tiempo, no más de seis (6) años, y puede no incluir las fechas antes del 14 de abril de 2003. Esta primera lista que usted pide dentro del periodo de doce (12) meses será gratis. Para listas adicionales, podremos cobrarle por los costos de proveerle la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede retirar o modificar su petición antes de incurrir en cualquier costo.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene derecho a pedir una restricción o limitación de cuanta información de salud usamos o divulgamos para tratamiento, pago o administración de cuidado de salud. Usted también tiene derecho a pedir una restricción en la divulgación de su información de salud a alguien quien está involucrado para hacer pagos de su cuidado de salud, tal como un miembro de la familia o amigo.

No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesitada para proveerle tratamiento de emergencia.

Someta su petición por escrito al Gerente de la Clínica o solicite y someta un formulario de Petición para Restricciones de Información de Salud Protegida. Usted debe incluir: (1) que información quiere limitar; (2) ya sea si quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos; (3) a quienes quiere usted que apliquen las limitaciones.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene derecho a pedir que nosotros nos comuniquemos con usted en relación a asuntos de su cuidado de salud de cierta manera o en ciertos lugares. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros únicamente nos comuniquemos con usted en un lugar alternativo a la dirección de su casa, tal como trabajo, o únicamente nos comuniquemos con usted por medio de correo en vez de por teléfono.

Usted debe hacer su solicitud por escrito al Gerente de la Clínica o pedir y someter un “Formulario de Petición de Comunicación Alternativa.” Su petición debe especificar cómo o cuándo usted desea ser contactado. No requerimos una razón para su solicitud. Trataremos de adaptarnos con todas las peticiones razonables.

Derecho a una Copia en Papel de Esta Notificación. Usted tiene derecho a una copia en papel de esta notificación. Puede pedirnos una copia de esta notificación en cualquier momento.

Comuníquese con el Gerente de la Clínica para obtener una copia de esta notificación en papel.

CAMBIOS DE ESTA NOTIFICACIÓN

Reservamos el derecho a cambiar esta notificación. Reservamos el derecho a hacer efectiva la notificación evaluada o cambiada para la información de salud que ya tenemos acerca de usted; asimismo, como cualquier información que recibimos en el futuro. Publicaremos una copia de la notificación actual en la entidad y en la Web de Mercy Clinics, Inc. Esta notificación contendrá la fecha efectiva en la primera página en el lado superior derecho.

QUEJAS

Usted puede presentar una queja con nosotros o con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si usted cree que no hemos cumplido con nuestras prácticas de privacidad. Usted puede presentar una queja con nosotros oralmente o por escrito comunicándose con el Gerente de la Clínica o el Oficial de Privacidad al 247-3222.

No será penalizado por presentar una queja.

APÉNDICE B
RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____(inserte el nombre del individuo) reconozco que recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Mercy Clinics, Inc. fechada _____(inserte la fecha de la Notificación de Prácticas de Privacidad).

(Firma o iniciales del individuo)

(Personal representativo del individuo, si el individuo no es capaz de firmar)

(Fecha)

(Firma del Testigo)

El individuo (o personal representativo del individuo) no firmó el reconocimiento por las siguientes razones:

(marque (✓) a una de las razones siguientes)

- El individuo rechazó
- El individuo rechazó, declarando que él/ella ya había firmado un reconocimiento.
- El individuo no es capaz de firmar debido a su condición médica
- No había personal representativo del individuo disponible para firmar
- Otro: (explique) _____

Testigo

Fecha