



## AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO LE INDICA CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y CÓMO PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN. **REVISE ESTO MINUCIOSAMENTE**

### NUESTRO COMPROMISO CON LA INFORMACIÓN MÉDICA

SummitStone Health Partners, Sunrise Community Health Center, Loveland Community Health Center, el Distrito de Salud del Norte del condado de Larimer, Salud Family Health Center, Family Medicine Center, Associates In Family Medicine, y Genoa, A QoL Healthcare Company, estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica y a darle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica. Además, se nos exige que respetemos los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente en vigor.

### ACUERDO ORGANIZADO DE ATENCIÓN MÉDICA

Según lo permite la ley, SummitStone Health Partners, Sunrise Community Health Center, Loveland Community Health Center, el Distrito de Salud del Norte del condado de Larimer, Salud Family Health Center, Family Medicine Center, Associates in Family Medicine, y Genoa, A QoL Healthcare Company, han acordado compartir su información médica entre ellos para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto nos permite tratar mejor sus necesidades de atención médica.

### USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN PROTEGIDA

**Tratamiento, pago y operaciones de atención médica:** Usaremos y revelaremos su información de salud física y mental para ofrecerle tratamientos de atención médica, para cobrar por nuestros servicios y para ayudarnos a funcionar. Por ejemplo:

El *tratamiento* se refiere a prestar, coordinar o manejar la atención médica y servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención médica. Por ejemplo, el personal que participa en su atención puede usar su información para planificar su curso de tratamiento y consultar con otro personal para asegurarse de que se están usando los métodos más apropiados para ayudarlo.

El *pago* se refiere a las actividades que hace un proveedor de atención médica para obtener o dar un reembolso por dar atención médica. Por ejemplo, su información se usará para desarrollar información de cuentas por cobrar, enviarle facturas y, con su consentimiento, dar información a su compañía de seguros sobre los servicios prestados. La información que se da a las aseguradoras y a otros responsables de pagos externos puede incluir información que lo identifica, junto con su diagnóstico, tipo de servicio, fecha del servicio, nombre/identificador del proveedor y otra información sobre su condición y tratamiento. Si tiene cobertura de Medicaid, la información se dará al programa de Medicaid del estado de Colorado, incluyendo, entre otros, su tratamiento, condición, diagnóstico y servicios recibidos.

Las *operaciones de atención médica* son las actividades que se hacen y son funciones habituales de las actividades de gestión y administración. Por ejemplo, su información médica puede usarse para monitorear la calidad del servicio, la capacitación y evaluación del personal, las revisiones médicas, los servicios legales, la función de auditoría, los programas de cumplimiento, la planificación empresarial y las actividades de acreditación, certificación, emisión de licencias y credenciales.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar y revelar su información médica para recordarle citas, exámenes recomendados o que debe resurtir recetas.

**Alternativas de tratamiento:** Podemos usar y revelar su información médica para informarlo o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud:** Podemos usar y revelar su información médica para informarlo de beneficios o servicios relacionados con la salud.

**Personas que participan en su atención o en el pago de esta:** A menos que usted se niegue, podemos revelar a alguien de su familia, un familiar, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica o en el pago de esta. Si no puede aceptar o se niega a dicha revelación, podríamos revelar esa información según corresponda si determinamos que es lo mejor para usted, con base en nuestro criterio profesional.

**Otros usos y revelaciones que permite o exige la ley:** Podríamos usar y revelar su información médica para los siguientes fines en circunstancias limitadas:

- a las personas que participan en su atención o que ayudan a pagarla, como su familia, sus amigos cercanos o cualquier otra persona que usted elija, para informarlos de dónde está, su salud general y para que lo ayuden en su atención médica (como para recoger medicamentos o ayudarlo con la atención de seguimiento);
- a las autoridades de gobierno correspondientes si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, descuido o violencia doméstica (cuando lo exija la ley);
- a las agencias de gobierno que nos supervisan (como inspectores de licencias y certificaciones);



- a agencias de gobierno que tienen derecho a recibir y recopilar información médica (como para controlar brotes de enfermedades);
- para procedimientos judiciales (como en respuesta a una orden de un tribunal u otra solicitud de un juez);
- a programas de indemnización laboral cuando su problema médico sea por una lesión relacionada con el trabajo;
- para fines de cumplimiento de la ley (como dar información limitada para encontrar a un sospechoso o a una persona desaparecida);
- a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que puedan hacer sus funciones;
- a agencias de donación de órganos (sujetas a las leyes aplicables);
- para estudios de investigación que cumplen todos los requisitos de la ley de privacidad (como una investigación para detener una enfermedad);
- para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad de otros;
- a entidades públicas o privadas autorizadas para ayudar en actividades de asistencia ante desastres;
- a agencias de gobierno para actividades de inteligencia y seguridad nacional (cuando lo exija la ley);
- a agencias de gobierno para que puedan proteger al presidente, jefes de estado extranjeros y otras personas;
- a agencias de gobierno si hay una amenaza para una escuela o sus empleados y personal;
- a instituciones penitenciarias, si usted es recluso;
- a las fuerzas armadas, si usted es miembro de estas;
- a farmacias para quienes necesitan recetas;
- a autoridades militares extranjeras, si usted es miembro de una fuerza militar extranjera.
- Los usos y revelaciones de la PHI con fines de marketing, y las revelaciones que constituyen una venta de la PHI, necesitan la autorización de la persona;
- Otros usos y revelaciones que no se describen en este aviso se harán solo con la autorización de la persona.
- Las personas tienen derecho a decidir no recibir comunicaciones sobre recaudaciones de fondos.
- Las personas tienen derecho a restringir ciertas revelaciones de información médica protegida a un plan médico en el que la persona paga de su bolsillo la totalidad del artículo o servicio de atención médica.
- Las personas afectadas tienen derecho a recibir un aviso después de una violación de la información médica protegida no asegurada.
- A nuestros socios comerciales que nos ayudan con las tareas necesarias, como nuestros contadores, consultores de informática y compañías de facturación (solo si el socio comercial se compromete por escrito a mantener la confidencialidad de su información médica como lo exige la ley); y
- para cualquier otro fin que exija o permita la ley.

Compartiremos su información médica con profesionales de atención médica que no sean de nuestro personal, como otros proveedores de atención médica y personal del hospital, que ayudan a atenderlo. Esta información puede compartirse mediante fax, papel o formatos electrónicos. También participamos en un intercambio de información médica (Organización Regional de Información de Salud de Colorado o CORHIO), que permite a los proveedores de atención médica compartir una base de datos con su información médica con fines de tratamiento y permite ofrecerle una mejor y más eficiente atención. Sin embargo, usted puede decidir no participar en CORHIO en cualquier momento avisando a nuestro personal, que le dará los formularios para lograrlo.

**Requisitos más estrictos para la información sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias:** El uso y la revelación de tipos específicos de información médica, como la información sobre el tratamiento de **trastornos por consumo de sustancias**, están sujetos a requisitos más estrictos que los que se indican en este Aviso. Sin embargo, aún hay algunas circunstancias en las que estos tipos de información médica se pueden usar o revelar sin su permiso por escrito.

## **INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS**

La HIPAA y las leyes y reglamentaciones federales en 42 CFR parte 2 protegen la confidencialidad de los registros de pacientes con **trastornos por consumo de sustancias** que nuestros programas mantienen. Generalmente, no podemos decirle a una persona externa a un programa que un paciente participa en este ni revelar ninguna información que identifique a un paciente por tener un trastorno por consumo de sustancias, a menos que:

- el paciente dé su consentimiento por escrito;
- una orden judicial permita la revelación; o
- la revelación se haga al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado para la investigación, auditoría o evaluación del programa.

La violación de las leyes y reglamentaciones federales sobre registros de pacientes con **trastornos por consumo de sustancias** por parte de un programa es un delito. Las sospechas de violaciones pueden reportarse a las autoridades correspondientes según las reglamentaciones federales. Las leyes y reglamentaciones federales no protegen ninguna información sobre un delito cometido por un paciente en el programa ni de cualquier persona que trabaja para el programa, o de cualquier amenaza de cometer dicho delito. Las leyes y reglamentaciones federales no protegen de la denuncia de cualquier información sobre sospechas de abuso o descuido infantil según la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes.



## **OTROS USOS Y REVELACIONES QUE EXIGEN SU PERMISO POR ESCRITO**

Con excepción de lo que se indica arriba, haremos otros usos y revelaciones de su información médica solo después de obtener su permiso por escrito en un formulario de Autorización o Revelación de información. Si autoriza un uso que no se incluye en este aviso, puede revocar su autorización en cualquier momento avisándonos por escrito que quiere hacerlo.

## **SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Sujeto a ciertos límites legales, usted tiene derechos sobre el uso y revelación de su información médica, incluyendo los derechos a:

- Solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones de su información médica. No estamos obligados a aceptar esa solicitud, y hay ciertos límites para cualquier restricción que se le indicarán en el momento de su solicitud.
- Recibir comunicaciones confidenciales sobre su información médica. Tiene derecho a solicitar que se le envíen comunicaciones de información médica protegida por medios alternativos o en lugares alternativos.
- Revisar y copiar su información médica. Este derecho tiene algunas limitaciones que se le indicarán en el momento de su solicitud si alguna de dichas limitaciones corresponde (p. ej., sus registros médicos solo pueden mantenerse archivados por siete (7) años).
- Solicitar una modificación de su información médica. No estamos obligados a modificar el expediente si se determina que es preciso y completo. Hay otras excepciones que se le indicarán en el momento de su solicitud, si son relevantes, junto con el proceso de apelación disponible para usted.
- Recibir un informe de nuestros usos y revelaciones de su información médica. Además, el informe no incluye revelaciones hechas a usted, revelaciones hechas según una Autorización o Revelación de información firmada, o revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.
- Obtener una copia de este Aviso de prácticas de privacidad.

## **INFORMACIÓN ADICIONAL**

- **Leyes de privacidad:** Las leyes estatales y federales nos exigen que mantengamos la privacidad de la información médica protegida. Además, la ley nos exige que demos un aviso a los clientes de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad relacionadas con la información médica protegida. Ese es el objetivo del Aviso.
- **Términos del Aviso y modificaciones del Aviso:** Estamos obligados a cumplir los términos de este Aviso, o de cualquier Aviso modificado posterior. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso y a hacer efectivas las nuevas disposiciones del Aviso para toda la información médica protegida que mantenemos. Cuando se revise el Aviso, el Aviso revisado se publicará en todos los lugares donde se presten servicios y estará disponible a solicitud.

## **PREGUNTAS, PREOCUPACIONES Y QUEJAS**

Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre este Aviso, o cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con cualquiera de las organizaciones que se listan abajo:

- Para presentar una queja a SummitStone Health Partners, comuníquese con el representante de clientes y familias al (970) 829-2852 o por correo electrónico a [clientadvocate@summitstonehealth.org](mailto:clientadvocate@summitstonehealth.org). La dirección es 4102 South Timberline Road, Fort Collins, CO 80525.
- Para presentar una queja al Distrito de Salud del Norte del condado de Larimer, comuníquese con el representante de privacidad al (970) 224-5209. La dirección es 120 Bristlecone Street, Fort Collins, CO 80524.
- Para presentar una queja al secretario de Salud y Servicios Humanos, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), 1961 Stout Street, Room 1426, Denver, CO 80294, teléfono: (303) 844-2024; fax: (303) 844-2025.
- Para presentar una queja a Genoa, A QoL Healthcare Company, comuníquese con el administrador de farmacia al (412) 613-4434. La dirección es 4900 Perry Highway, Building 2, Pittsburgh, PA 15229.
- Para presentar una queja a Sunrise Community Health Center o Loveland Community Health Center, llame al (970) 292-1522. La dirección es 302 SE 3rd Street #150, Loveland, CO 80538.
- Para presentar una queja a Estes Park Salud, llame al Director Comercial al (970) 586-9230, o si no es posible resolver el problema localmente, se remitirán todas las quejas al Director de Servicios para pacientes, al (303) 892-6401. La dirección es Center Manager, Estes Park Salud, 1950 Redtail Hawk Dr., Estes Park, CO 80517.
- Para presentar una queja a Associates in Family Medicine, comuníquese con el responsable de cumplimiento al (970) 495- 6201. La dirección es 3702 Automation Way, Suite 103, Fort Collins, CO 80525.
- Para presentar una queja a Family Medicine Center, comuníquese con el representante de pacientes al (970) 495-7346.

## **NO TOMAREMOS REPRESALIAS CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.**



**RECONOCIMIENTO DEL AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NOPP)**

Nombre del paciente (en letra de molde)

Fecha de nacimiento

Número de expediente médico (MRN)

Por la presente reconozco que recibí **el Aviso conjunto de prácticas de privacidad.**

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

**LA PARTE DE ABAJO ES SOLO PARA USO DEL PERSONAL**

El paciente se presentó en SummitStone Health Partners, el Distrito de Salud del Norte del condado de Larimer, Salud Family Health Center, Sunrise Community Health Center, Loveland Community Health Center, Family Medicine Center, Associates in Family Medicine, y Genoa, A QoL Healthcare Company, el \_\_\_\_\_ (fecha) y se le dio una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad. Se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener del paciente un reconocimiento por escrito de que recibió el Aviso. Sin embargo, no se obtuvo dicho reconocimiento porque:

- El cliente se negó a firmar.
- El cliente no pudo firmar o escribir sus iniciales porque:
- El cliente tuvo una emergencia médica, y se intentará obtener el reconocimiento en la próxima oportunidad disponible.
- Otro motivo (escríbalo aquí):

\_\_\_\_\_

Explicación detallada:

Firma del empleado

Fecha