MATAGORDA REGIONAL
MEDICAL CENTER

Su salud. Su hospital.

Si usted tiene preguntas o preocupaciones acerca de este aviso, comuníquese por favor con el Funcionario de Privacidad del Centro Médico de Matagorda al teléfono (979) 241-5550 o visite nuestro sitio web en http://matagordaregional.org

Su información.
Sus derechos.
Sus responsabilidades.

Este aviso describe la manera en que su información médica podría usarse y divulgarse y como usted puede tener acceso a esta información. **Revísela cuidadosamente por favor.**

Sus derechos

Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia de su expediente médico, en papel o en medio electrónico
- Corregir su expediente médico, en papel o en medio electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos limitar la información que compartimos
- Obtener una lista de con quiénes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Designar a una persona que lo represente
- Presentar un reclamo si cree que se han violado sus derechos de privacidad

➢ **Consulte la página 2** *para más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos*

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos información al:

- Informar a sus familiares y amigos acerca de su estado
- Proporcionar alivio en caso de desastre
- Incluirlo en el directorio de un hospital
- Proporcionarle servicios de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

➢ ***Consulte la página 3*** *para más información en estas opciones y cómo ejercerlas*

Nuestros usos y divulgaciones

Podríamos usar y compartir información al:

- Darle tratamiento
- Operar nuestra organización
- Facturar nuestros servicios
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública
- Hacer investigaciones
- Cumplir la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejido
- Trabajar con un médico legista o con una funeraria
- Atender compensación de los trabajadores, aplicación de la ley, y otras solicitudes del gobierno
- Responder a demandas y a otras acciones legales

➢ ***Consulte las páginas 3 y4*** *para mayor información sobre estos usos y divulgaciones*

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o de papel de su expediente médico

- Usted puede pedir ver o recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico y de otra información de salud que tengamos suya. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, usualmente dentro de 30 días de que la solicite. Pudiera ser que le cobre un cargo razonable en base al costo.

Pídanos corregir su expediente médico

- Usted puede solicitarnos corregir su información de salud que usted piense esté incorrecta o incompleta. . Pregúntenos cómo hacerlo.
- Pudiera ser que le dijéramos "no" a su petición, pero le explicaremos por escrito la razón en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted nos puede solicitar comunicarnos con usted en una forma particular (por ejemplo, al teléfono de casa o al de su oficina) o enviarle correspondencia a un domicilio diferente.
- Le diremos que "sí" a todas las peticiones razonables.

Pedirnos limitar lo que usamos o compartimos

- Usted nos puede pedir **no** usar o compartir cierta información para tratamiento, pago, o para nuestras operaciones. No se nos requiere aprobar su solicitud, y podríamos negarnos si ello afecta sus cuidados.
- Si usted paga íntegramente de su bolsillo por un servicio o cuidado de salud, usted puede pedirnos no compartir esa información para fines de pago o de nuestras operaciones con su seguro. Le responderemos que "sí" a menos que alguna ley nos requiera compartir esa información.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Usted puede pedir una lista (contable) de las veces que hemos compartido información de su salud por seis años previo a la fecha en que lo solicita, indicando con quién la compartimos y el motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud, y ciertas otras divulgaciones (cómo las que usted solicite). Le proporcionaremos una cuenta por año sin costo, pero le haremos un cargo razonable si pide otra referencia en menos de 12 meses.

Recibir una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado en recibir el aviso por vía electrónica. Nosotros le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir alguien que lo represente

- Si usted le ha otorgado a alguien un poder notarial o médico, o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar las decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos cualquier acción.

Presentar una queja si siente que se le han violado sus derechos

- Usted se puede quejar si siente que hemos violado sus derechos, para ello comuníquese con nosotros usando la información de la página 1.
- Usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de qué compartir. Si usted tiene una preferencia clara sobre cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos:

- Cómo compartir la información con su familia, sus amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de alivio en caso de desastre
- Incluir su información en un directorio hospitalario

Si usted no es capaz de decirnos sus preferencias, si por ejemplo se encuentra inconsciente, podríamos proceder y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podríamos compartir su información cuando sea necesario reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de comercialización
- Vender su información
- Compartir las notas de sicoterapia

En caso de recaudación de fondos

- Podríamos comunicarnos con usted para fines de recaudación de fondos, pero usted nos puede no autorizarlo

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos típicamente su información de salud?

Típicamente usamos o compartimos su información de las siguientes formas.

Tratarlo	• Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.	***Ejemplo**: Un médico que le esté tratando de una lesión le pregunta a otro acerca de su estado general de salud.*
Operar nuestra organización	• Podemos usar y compartir su información de salud para nuestros programas y mejorar su cuidado, y comunicarnos con usted cuando sea necesario.	***Ejemplo**: Usamos su información de salud para manejar su tratamiento y servicios.*
Facturarle los servicios	• Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir sus pagos.	***Ejemplo**: Damos información suya a su seguro de salud para que pague por los servicios.*

Continúa en la siguiente página

¿Cómo podemos usar o compartir su información de salud? Tenemos permitido o se nos requiere compartir su información de otras maneras; usualmnete en maneras que contribuyen al bienestar público, tales como salud pública e investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones con la ley antes de poder compartir su información con tales finles. Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayudar con problemas de salud y seguridad pública	• Podemos compartir información de su salud para ciertas situaciones tales como: ○ Prevención de padecimientos ○ Ayudar a retirar productos del mercado ○ Reportar reacciones adversas a medicamentos ○ Reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica ○ Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de alguien
Investigar	• Podemos usar o compartir información con fines de investigación de salud.
Cumplir con la ley	• Compartiremos información acerca de usted si la ley estatal o federal lo requiere, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos	• Podemos compartir información de salud acerca de usted con organizaciones que gestionan donaciones de órganos.
Trabajar con un médico legista o una funeraria	• Cuando una persona muere podemos compartir información de salud con un médico legista, un forense, una funeraria.
Atender solicitudes de compensación de trabajadores, aplicación de la ley y otras de carácter gubernamental	• Podemos usar o compartir información de salud acerca de usted ○ Para reclamos de compensación por indemnización ○ Para fines de aplicación de la justicia o con un oficial de la ley ○ Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley ○ Para funciones especiales del gobierno, tales como militares, seguridad nacional, y servicios de protección al presidente
Responder a demandas	• Podemos compartir información suya en respuesta a una orden de un tribunal o administrativa, o en respuesta a un citatorio
Abuso de drogas y alcohol	• La información sobre abuso de alcohol y drogas tiene protecciones especiales de privacidad. MRMC no divulgará ni proporcionará ninguna información PHI relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias por parte del paciente a menos que: (1) exista autorización del paciente; (2) un tribunal requiera que se divulgue la información; (3) el personal médico necesite la información para atender una emergencia médica; (4) personal calificado use la información para fines de conducir una investigación científica, auditorías administrativas, auditorías financieras o evaluación de programa, o (5) sea necesario informar un delito o una amenaza de delito, o para informar de abuso o negligencia acorde a la ley.
Información sobre salud mental	• Divulgaremos información suya acerca de tratamiento de salud mental solamente de acuerdo con la ley estatal. En la mayoría de los casos, la ley estatal requiere su autorización por escrito o la autorización por escrito de su representante legalmente autorizado para dicha divulgación.

Nuestras responsabilidades

- Por ley se nos requiere mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le avisaremos de inmediato si ocurriese una violación que pudiera comprometer la privacidad de su información.
- Debemos aplicar los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos o compartiremos su información de manera diferente a la aquí descrita a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos indica que podemos hacerlo, usted puede cambiar de parecer en cualquier momento. Avísenos por escrito al cambiar de parecer.

Para más información, consulte:

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 tenemos de usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición expresa, en nuestra oficina o en nuestro sitio web.

Fecha de vigencia: Aviso revisado el 1 de agosto, 2017

Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Distrito Hospitalario del Condado de Matagorda / Centro Médico Regional de Matagorda y todas las clínicas asociadas.

El Distrito Hospitalario del Condado de Matagorda / Centro Médico Regional de Matagorda y todas las clínicas asociadas, y el personal médico de MCHD son parte de un Plan Organizado de Servicios de Salud ("OHCA") y le presentan este aviso conjunto. El OHCA les permite a cada uno de los miembros compartir información suya para fines de tratamiento, pago y operaciones de servicios de salud.

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Distrito Hospitalario del Condado de Matagorda se reserva el derecho a modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

FIRMA

He recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad "para el Plan Organizado de Servicios de Salud del Distrito Hospitalario del Condado de Matagorda.

_____

Firma del paciente Fecha

_____

Firma del representante del paciente Fecha

(Requerida si el paciente es un menor o un adulto que es incapaz de firmar el formulario)

DOCUMENTACIÓN DE INTENTO DE OBTENER CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

INTENTO DE OBTENER CONFIRMACIÓN

El día _____ se hizo el intento de obtener confirmación de recibo del "Aviso de prácticas de privacidad". La confirmación no se obtuvo debido a:

- ☐ El paciente estabe en tratamiento de emergencia
- ☐ El paciente declinó firmar la confirmación
- ☐ Otro, Solo especimen - paciente no presente _____.

FIRMA:

_____

Nombre del paciente (Impreso o letra impresa) Fecha

_____

Nombre del Miembro del personal Fecha

Etiqueta del paciente

MATAGORDA REGIONAL
MEDICAL CENTER