

**FREEMAN HEALTH SYSTEM
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha Efectiva, 1ro de Junio de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Esta información tiene el propósito de informarles sobre nuestras prácticas relacionadas con la protección de la privacidad de sus expedientes médicos. En general estamos obligados por ley a asegurarnos que la información médica que puede identificarlo se mantenga privada. Además debemos darle esta información relacionada con nuestras obligaciones legales y normas de privacidad con respecto a cualquier información médica que hayamos creado o recibido de usted. Estamos obligados por ley a seguir los términos del aviso que este actualmente vigente.

Este aviso le explicará como podemos usar y revelar su información médica, nuestras obligaciones relacionadas con el uso y revelación de su información médica y sus derechos con relación a cualquier información médica que tengamos de usted. Este aviso se aplica a la información médica que es generada en este sistema de salud o por este sistema de salud.

Con pocas excepciones, se requiere que obtengamos su autorización para el uso o revelación de información. Hemos enlistado algunas de las razones por las que pudiéramos usar o revelar su información médica y algunos ejemplos de las clases de usos o revelaciones. No se ha cubierto cada uso o revelación, pero todos los usos o revelaciones de información que se nos permite usar o revelar estarán dentro de alguna de estas categorías. Su información privada de salud no será utilizada o revelada para cualquier propósito que no sea lo que se cubre en este aviso.

Si tiene alguna pregunta acerca del contenido de este Aviso de Prácticas de Privacidad, o si necesita ponerse en contacto con algún oficial de Freeman Health System en relación con la información contenida en este aviso por favor llame a:

Oficial de Seguridad/ Privacidad de la Información
Information Privacy/Security Officer
1102 West 32nd Street, Joplin, MO 64804
417.FHS.4424

Además de los departamentos del hospital, empleados, plantilla y otro personal del hospital, las siguientes personas también seguirán las prácticas descritas en este aviso:

- Cualquier profesional al cuidado de la salud autorizado para poner información en su historial médico;
- Todos los miembros del personal médico del hospital, a través de un Acuerdo Organizado del Cuidado de la Salud (Organized Healthcare Agreement-OHCA), mientras esté en el hospital;
- Cualquier miembro del grupo de voluntarios que permitimos ayudarle durante su estancia en el hospital; y
- Médicos empleados por Ozark Center, Health Essentials, al igual que el Sistema de Salud: Estas otras entidades siguen los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Además estas entidades pueden compartir información médica para tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de la salud según son descritas en este aviso. Además estas entidades pueden compartir información médica para tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de la salud según son descritas en este aviso. Estas otras entidades serán referidas colectivamente de ahora en adelante junto con el sistema de salud como "Hospital."

FREEMAN HEALTH SYSTEM
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Uso y revelación de Información Médica:

Existen algunas circunstancias en las que se nos permite o requiere que usemos o revelemos información sobre su salud sin obtener su autorización previa y sin ofrecerle la oportunidad de negarse. Estas circunstancias incluyen:

a) Usos o revelaciones con el propósito y relacionadas con el tratamiento, pago y operaciones administrativas del cuidado de la salud.

Para tratamiento: Para proveerle tratamiento o servicios médicos, podemos necesitar usar o revelar información acerca de usted a los doctores, enfermeros(as), técnicos, estudiantes médicos u otro personal del hospital que estén involucrados en su tratamiento. Por ejemplo un doctor puede necesitar saber a que medicamentos es usted alérgico(a) antes de prescribirle medicamentos. Departamentos dentro del hospital pueden necesitar compartir información acerca de usted para coordinar su cuidado médico. Por ejemplo, el laboratorio puede requerir información para completar análisis. También para coordinar su cuidado, daremos a conocer información a otros proveedores del cuidado de la salud y de los cuales está buscando tratamiento, para que el tratamiento combinado que le sea proveído por todos sea en su beneficio. Por ejemplo, buscaremos y/ o informaremos a otros proveedores de la salud de las prescripciones médicas que le hemos o le han escrito para asegurarnos que no exista alguna interacción dañina y estar seguros que las dosis son apropiadas. También podemos revelar su información médica a las personas que puedan estar involucradas en su cuidado médico después de que salga del hospital, como agencias para el cuidado en el hogar, clínicas, familiares y miembros eclesiásticos.

Para el pago: Podemos usar y revelar su información médica para que el hospital cobre y reciba pago por el tratamiento que recibió aquí. Por ejemplo, podemos usar o revelar la información médica a su compañía aseguradora acerca del servicio que recibió del hospital para que su compañía nos pague o le pague a usted por el servicio. También podemos necesitar pedir autorización antes de darle el servicio para determinar si la compañía aseguradora cubrirá los gastos.

Para las operaciones del cuidado de su salud: Podemos usar y revelar su información médica para operaciones del hospital. Esto incluye usos y revelaciones que sean necesarias para la administración del hospital y asegurar que nuestros pacientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos usar y revelar su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado que le ofrecieron. Información médica acerca de usted y otros pacientes del hospital puede ser combinada para ayudarnos a evaluar si el hospital necesita ofrecer servicios adicionales, discontinuar servicios o si los tratamientos son efectivos. También podríamos comparar esta información con otros hospitales para evaluar si podemos hacer mejoras en el cuidado y servicios que ofrecemos. Para proteger mejor su privacidad cuando combinamos esta información, haremos nuestro mejor esfuerzo para remover la información que lo pueda identificar.

Por tratamiento de otros proveedores, pago u operaciones del cuidado de la salud: La ley también nos permite revelar su información protegida a otros proveedores de tratamiento medico involucrados en su tratamiento para permitirle a este proveedor atenderlo y que reciba pago por estos servicios así como las operaciones concernientes a la revisión de la calidad, evaluaciones o auditorías.

b) Podemos usar o revelar información acerca de usted sin su autorización:

- Cuando es requerido por ley;
- Cuando involucra el uso y revelaciones para actividades publicas de la salud, como el reporte obligatorio de ciertas enfermedades, etc.

FREEMAN HEALTH SYSTEM
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

- Cuando revelamos información acerca de víctimas de abuso o negligencia;
- Cuando revelamos información con el propósito de seguir la trayectoria de aparatos médicos y/o actividades de descuido médico, como auditorías, investigaciones, licencias, acciones disciplinarias y procedimientos o acciones legales;
- Cuando revelamos su información por procedimientos administrativos o judiciales de acuerdo con leyes estatales y/o federales, por ejemplo respondiendo a una orden de la corte, como una supina ordenada por la corte;
- Cuando revelamos la información con el propósito de endosar la ley, por ejemplo para localizar o identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo, persona desaparecida o con respecto a una víctima de algún crimen que no pueda dar su consentimiento o autorización porque se encuentre incapacitada para hacerlo;
- Cuando revelamos la información de una persona que ha fallecido a los médicos examinadores o directores de funeraria;
- Cuando revelemos o usemos información con el propósito de donar tejido u órganos;
- Cuando revelamos información relacionada con algún proyecto de investigación cuando la autorización de abdicación ha sido aprobada por la Junta de Revisión Institucional y/o el Comité de Privacidad;
- Cuando creamos en buena fe que la revelación sea necesaria para evitar alguna amenaza seria contra su salud y seguridad o la seguridad pública;
- Cuando sea necesario revelarlo para funciones especializadas del gobierno, como servicio militar, protección del presidente, seguridad nacional y actividades de inteligencia;
- Cuando sea requerido por las autoridades de comando militar, si es usted miembro de las fuerzas armadas (o personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas);
- En caso de un preso, la información puede ser revelada al centro correccional en la cual el o ella residen por las siguientes razones (1) para que la institución dé cuidado de la salud al preso; (2) para proteger la salud y seguridad del interno o la salud y seguridad de otros; o (3) para la protección y seguridad del centro de correcciones; y
- Cuando sea necesario revelar la información para obedecer las leyes o propósitos de la compensación de los trabajadores.

Usos Previstos o Revelaciones a las que puede objetar:

Usaremos o revelaremos información sobre su salud para cualquier propósito descrito en esta sección a menos que usted se oponga afirmativamente o ponga restricciones a alguna revelación en particular. Debe dirigir sus objeciones o restricciones por escrito al contacto listado en la primera página.

- Nosotros podemos usar o revelar su información médica para ponernos en contacto con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica.

FREEMAN HEALTH SYSTEM
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

- Podemos usar o revelar su información médica para proveerle con información acerca de/ o recomendaciones de opciones de posibles tratamientos o alternativas que puedan ser de interés para usted.
- Podemos usar o revelar su información médica para informarle acerca de beneficios de la salud o servicios que puedan ser de interés para usted. (Por ejemplo: grupos, eventos educacionales o manejo de la enfermedad).
- Podemos usar o revelar su información médica para incluirlo en el directorio de pacientes del hospital. La información del directorio incluye su nombre, área del hospital, número de cuarto y condición. Podemos revelar esta información a las personas que pregunten por usted usando su nombre. Además miembros del clérigo pueden obtener su afiliación religiosa.
- Podemos usar su información médica para ponernos en contacto con usted acerca de alguna función de caridad o donaciones en beneficio del hospital. Una fundación relacionada con el hospital puede recibir información para ponerse en contacto con usted, esta información incluye su nombre, dirección y número de teléfono, y la fecha en las que recibió servicios del hospital.
- Podemos revelar información médica de usted a su representante personal, amigos y/o familiares que estén involucrados en su cuidado, si es apropiado con los reglamentos estatales y/o federales. Podemos decirle a su representante personal, familiares y/o amigos de su condición médica y que se encuentra en el hospital para tratamiento o servicios. También podemos dar esta información a alguien que ayudará o está ayudando a pagar por su atención médica.
- Podemos revelar su información médica a una entidad privada o pública que está autorizada por ley o sus estatutos para dar asistencia y auxilio en casos de desastre, por ejemplo: La Cruz Roja Americana con el propósito de notificar a los familiares y amigos de su condición y localización.
- Podemos usar información médica para informar a las autoridades gubernamentales apropiadas, si creemos que un/una paciente ha sido víctima de violencia domestica. Solo revelaremos dicha información si usted esta de acuerdo.

Otros usos y revelaciones:

Los usos o revelaciones que no estén cubiertos en este aviso no se harán sin su consentimiento previo por escrito. Si usted nos provee con autorización por escrito para usar o revelar su información puede cambiar de parecer y revocar la autorización en cualquier momento, siempre y cuando sea por escrito, a menos que hayamos tomado una acción dependiendo de su autorización previa, o que haya firmado su autorización como una condición para obtener cobertura de seguro médico. Por ejemplo, debemos tener su autorización por escrito antes de que pudiéramos utilizar o revelar notas de psicoterapia, usar su información medica para fines de comercialización o venta de información de salud. Si usted revoca su autorización no usaremos o revelaremos su información a partir de ese momento. Sin embargo no podremos retractarnos de cualquier uso o revelación llevados a cabo durante su autorización previa.

Planes de salud tienen expresamente prohibido el uso de la información genética para fines de suscripción. Esta disposición da su información genética la misma privacidad que el resto de su información protegida de salud. Planes de salud cubiertos por HIPAA no pueden ofrecer incentivos tales como beneficios o premiar por proporcionar la información genética durante una evaluación de riesgo para la salud.

Sus derechos con respecto a la Información de la Salud:

FREEMAN HEALTH SYSTEM
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

- **Su derecho a pedir restricciones:** Tiene el derecho a pedir que se limite el uso o distribución de su información médica. No se requiere que estemos de acuerdo con las restricciones que pida. Si estamos de acuerdo en apegarnos a restricciones lo haremos a menos que dicha información sea necesaria para proveerle con tratamiento de emergencia. Cualquier petición para limitar el uso o revelación de información debe hacerse por escrito y dirigirse al contacto listado en la primera pagina. Su petición debe indicar (1) la información que quiere limitar; (2) Si quiere limitar nuestro uso y/o revelación de información o los dos; y (3) a quien quiere se apliquen estas limitaciones.
- **Derecho a Recibir Información en Cierta Lugar y Cierta Forma:** Tiene derecho a recibir información acerca de su salud en cierta forma y lugar. Por ejemplo, puede pedir que no le llamemos a su trabajo. Para pedir comunicación confidencial tiene que pedirlo por escrito al contacto listado en la primera pagina. La petición debe decirnos como y/o donde quiere recibir la información. Nos adaptaremos a peticiones razonables.
- **Derecho a Inspeccionar y Copiar su Información de la Salud:** Tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información médica que pueda usarse para tomar decisiones acerca de su cuidado, con excepción de notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación de, o para uso en procedimientos civiles, criminales o administrativos, cierta información que esta gobernada o controlada por la Ley de Mejoramiento de Laboratorio Clínico (Clinical Laboratory Improvement Act). Si quiere ver una copia de su información médica, debe pedirla por escrito al Departamento de Publicación de Información de Historial Médico (Medical Records Release of Information Department) Usted puede solicitar que la información se proporcionará en formato electrónico o legible por formato de maquina tal como MS Word, HTML, y PDF. Si solicita copias de la información, podemos cobrar el costo asociado con su petición, incluyendo el costo de copias, correo u otros materiales.
- **Derecho para Recibir Notificación de Incumplimiento:** Usted tiene el derecho a recibir una notificación cuando ha sucedido un acceso no autorizado, la adquisición o la divulgación de su información médica. En caso que el incumplimiento afecta a varias personas con la misma dirección puede ser mandado un solo aviso en la cual se identifica cada persona afectada por el incumplimiento.

En ciertas circunstancias podemos negarle el acceso a su información médica. Si el acceso es negado puede pedir que se revise la razón por la que fue negado. Otro profesional licenciado en el cuidado de la salud elegido por el hospital podrá revisar su petición y la razón por la que se le negó. Nos acataremos a la decisión de la persona que revise su petición.

- **Derecho a que se Corrija la Información Médica del Paciente:** Usted tiene derecho a pedir que su información médica sea corregida si usted cree que está incompleta o incorrecta. Tiene derecho a pedir que se corrija dicha información mientras sea mantenida por Freeman Health System. Para pedir que se corrija su información debe someter una petición por escrito al contacto listado en la primera pagina. Además debe dar una razón por la que quiere que dicha información sea corregida, incluyendo por que piensa que la información está incorrecta o incompleta.

Podemos negarnos a su petición si no es por escrito y si no incluye la razón por la cual la información debe ser corregida. También podemos negarnos a su petición por las siguientes razones: (1) La información no fue creada por el hospital, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible; (2) la información no es parte del historial médico mantenido por/ o para el hospital; (3) la información no es parte de la información que se le permite inspeccionar y copiar, o (4) creemos que la información está correcta y completa.

FREEMAN HEALTH SYSTEM
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

- **Derecho a un Cómputo de las Revelaciones de Información Médica:** Usted tiene el derecho de recibir un o cómputo de las revelaciones de la información médica que hemos hecho, con algunas excepciones. Debe someter una petición por escrito al contacto listado en la primera pagina. Su petición debe expresar el periodo de tiempo, que no puede ser más de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Debe incluir como quiere recibir esa información, por ejemplo, en papel, electrónicamente, etc. Tiene el derecho a recibir un cómputo gratuito cada 12 meses. Si pide más de un reporte en un periodo de 12 meses podemos cobrarle una cantidad razonable por proveer dicha lista. Le notificaremos el cargo por dicha petición y puede decidir cancelarla o cambiarla antes de que incurra en gastos.

Usted tiene el derecho de solicitar la restricción de la divulgación de la información médica para las empresas de seguros (privadas), tales como diagnósticos, procedimientos y resultados cuando se hace el pago total (en el momento del servicio) de su propio bolsillo.

- **Tiene derecho a una copia en papel de este aviso:** Aún si acepta recibir este aviso por cualquier otro medio, puede tener una copia de papel de este aviso. Para obtener una copia de papel de este aviso póngase en contacto con el Departamento de Mercadotecnia (Marketing Department) Puede obtener una copia de este aviso en freemanhealth.com.

Quejas:

Si usted cree que hemos violado sus derechos a la privacidad o que no nos hemos apegado a la información contenida en este Aviso de Practicas de Privacidad, puede presentar una queja por escrito y enviarla al contacto listado en la primera pagina.

También puede poner su queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se tomaran represalias en su contra por presentar su queja con el hospital o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Cambios a este Aviso de Practicas de Privacidad:

Nos reservamos el derecho a cambiar o modificar el contenido de este aviso. Cualquier cambio que hagamos será efectivo para cualquier información médica que tengamos de usted o cualquier información que podamos obtener. Cada vez que reciba servicios del hospital, tendremos disponible la copia más reciente de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad. La versión más reciente estará expuesta en nuestros edificios. También puede llamar o escribir a nuestro contacto, cuya información está incluida en la primera página de este aviso, para obtener la versión más reciente.