



Ascension Providence Aviso conjunto sobre prácticas de privacidad

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE DE QUÉ MANERA SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
REVÍSELO CON DETENIMIENTO.

Nuestro compromiso

Nos comprometemos a mantener la privacidad y confidencialidad de su información médica. En este Aviso, se describen sus derechos en relación con su información médica y la forma en que podemos utilizar y divulgar (compartir) su información.

Quién cumple con este Aviso

Este aviso lo cumplen todos los empleados (asociados), personal médico, residentes, estudiantes, voluntarios, contratistas, proveedores, agentes y miembros de la fuerza laboral de Ascension Providence. Ascension Providence incluye todos los hospitales, centros de atención médica ambulatoria, farmacias, laboratorios, consultorios médicos de Ascension, así como otros proveedores de atención médica de Ascension que se encuentran en Washington D.C. Ascension Providence también participa en un Acuerdo de Atención Médica Sindicalizada con otros centros de Ascension, y pueden utilizar y compartir su información entre ellos para operaciones de tratamiento, pago y atención médica relacionadas con estos acuerdos y según lo permitido por las normas de la HIPAA. Para obtener una lista completa de los centros, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de Ascension Providence ("Privacy Officer", en inglés) tal y como se describe en este Aviso.

Cómo podemos utilizar y compartir su información

En este Aviso, se describen las distintas formas en que podemos utilizar y divulgar (compartir) su información médica, y cuándo necesitamos su autorización para hacerlo. Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto al número o la dirección que nos haya proporcionado. Por lo general, utilizaremos métodos encriptados para comunicarnos electrónicamente con usted, pero algunos comunicados podrían enviarse sin encriptar, como los mensajes de texto y, al proporcionarnos su número de teléfono celular o su correo electrónico, acepta recibir mensajes de esa manera.

Con más frecuencia, utilizamos y compartimos su información por motivos de operaciones de tratamientos, pagos y atención médica. Esto significa que podemos utilizar y compartir su información, por ejemplo:

- Con otros proveedores de atención médica que lo estén tratando o con una farmacia para que surta su receta.
- Con su plan de seguros o con otros pagadores para cobrar el pago de los servicios de atención médica u obtener una aprobación previa de los servicios o medicamentos.
- Para respaldar nuestra empresa, mejorar su atención médica, educar a nuestros profesionales y evaluar el desempeño de los proveedores.
- Con nuestros asociados comerciales, que nos prestan sus servicios o los prestan en representación nuestra, como un servicio de facturación, que nos ayuda con nuestras operaciones comerciales. Todos nuestros asociados comerciales están obligados a proteger la privacidad y seguridad de su información médica de la misma manera que lo hacemos nosotros.

También podemos utilizar o compartir su información médica para comunicarnos con usted por los siguientes motivos:

- Para notificarle acerca de posibles opciones de tratamiento alternativas, nuevos servicios, oportunidades de participar en una investigación, oportunidades de que nos proporcione comentarios sobre nuestros servicios y otros beneficios o servicios relacionados con la salud.
- Para notificarle acerca de su atención médica y los próximos servicios, incluidos citas, recordatorios de

resurtido de medicamentos o notificaciones similares relacionadas con la atención médica.

- Para fines de recaudación de fondos para Ascension. Tiene derecho a dejar de recibir los comunicados sobre la obtención de fondos; para ello, debe responder como se indica en el comunicado o ponerse en contacto con el Funcionario de Privacidad.

También tenemos permitido y, en ocasiones, se nos exige por ley, utilizar o compartir su información con ciertos destinatarios por los motivos que se indican a continuación. Es posible que debamos cumplir con determinados requisitos antes de poder utilizar o compartir su información para estos fines. Algunos ejemplos de cada uno incluyen lo siguiente:

- Salud pública y seguridad: informar enfermedades transmisibles, nacimientos o fallecimientos; informar abuso, abandono o violencia doméstica; informar reacciones adversas a medicamentos; evitar los riesgos graves para la salud o la seguridad
- Aplicación de la ley: identificar o buscar a una persona sospechosa, fugitiva o desaparecida; informar un delito en las instalaciones
- Procesos judiciales y administrativos: responder a la orden de un tribunal o a una orden administrativa, como una citación
- Solicitudes de indemnización por accidentes de trabajo y otras peticiones gubernamentales: reclamaciones de audiencias o de indemnizaciones por accidentes de trabajo; agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley; funciones gubernamentales especiales (militares, seguridad nacional)
- Ayuda en casos de desastres: compartir su ubicación y estado general con el fin de notificar a su familia o amigos y a las agencias encargadas por ley de ayudar en situaciones de emergencia
- Cumplimiento de las leyes: con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para saber si cumplimos con la ley de privacidad federal
- Investigación: preparación para un estudio de investigación; análisis de registros como parte de un proyecto aprobado por un Comité Institucional de Revisión (IRB, por sus siglas en inglés) y que representa un riesgo bajo para su privacidad; estudios que comprenden solo la información de los fallecidos
- En relación con un uso o una divulgación permitidos: llamarlo por su nombre en un área de espera para una cita y que otras personas escuchen cómo se llama. Hacemos todos los esfuerzos razonables para limitar estos usos o divulgaciones incidentales.
- Al director de una funeraria, a un juez de instrucción o a un médico forense según sea necesario para que realicen su trabajo
- A organizaciones encargadas de manejar donaciones y trasplantes de órganos, tejidos u ojos según sea necesario para que realicen su trabajo

Asimismo, participamos en diversos intercambios de información médica (o HIE, por sus siglas en inglés) en los que compartimos electrónicamente su información para fines de su atención médica y otros fines permitidos por las normas de la HIPAA o que exige la ley. Otros participantes de un HIE también deben proteger su información. Usted tiene derecho a optar por no permitir que su información sea accesible en un HIE para todos los fines que no exige la ley; para ello, debe comunicarse con el Funcionario de Privacidad según se describe en este Aviso.

En los siguientes casos, podemos utilizar o compartir su información, a menos que usted se oponga o que nos otorgue específicamente su autorización. Si no puede otorgarnos su autorización (por ejemplo, si se encuentra inconsciente), podemos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted.

- Con sus familiares, amigos u otras personas que participan en su atención médica o que pagan por ella. Por ejemplo, podemos proporcionar a su familia una actualización sobre su estado mientras se recupera de una cirugía.
- Para un directorio de las instalaciones y servicios de capellanía.

En las siguientes situaciones, solo utilizaremos o compartiremos su información médica si nos otorga su autorización por escrito. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento (excepto en el grado en que la hayamos utilizado); para ello, debe comunicarse con el Funcionario de Privacidad.

- Para fines de comercialización (según lo definen las normas de la HIPAA).

- Para la venta de su información o para pagos de terceros.
- Para compartir determinadas notas de psicoterapia.
- Por cualquier otro motivo no descrito en este Aviso.

Nuestro uso y divulgación de cierta información sensible también pueden estar restringidos por otras leyes federales o estatales. Esto incluye información relacionada con el abuso de alcohol y otras sustancias, la genética, la salud mental y el VIH/SIDA.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, tiene determinados derechos. Puede hacer lo siguiente:

- **Acceder, inspeccionar y copiar la información** que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención médica. Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia en papel o electrónica. Si solicita una copia de su información, es posible que le cobremos una tarifa razonable. Le proporcionaremos una copia o un resumen en un plazo de 30 días (o antes, de acuerdo con las leyes estatales) y le comunicaremos si se produce alguna demora.
- **Solicitar comunicados confidenciales.** Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera determinada. Diremos que “sí” a todas las solicitudes razonables.
- **Solicitar una restricción.** Puede solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. No se nos exige aceptar su solicitud y podemos decir que “no”. Cuando pague los servicios directamente de su bolsillo y en su totalidad, y nos solicite no compartir la información con su plan de seguros, diremos que “sí”, a menos que la ley nos exija divulgar dicha información.
- **Solicitar una enmienda.** Puede pedirnos que realicemos una enmienda (que hagamos cambios) a su información médica si es inexacta o está incompleta. Podemos responder que “no” a su solicitud, pero le indicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- **Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información.** Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información y el motivo de hasta seis años antes de su solicitud. No todas las veces que se divulgó (compartió) la información se incluirán en esta lista, como aquellas divulgaciones relacionadas con operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Proporcionaremos un informe sin cargo, pero es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo si pide otro informe dentro de los siguientes 12 meses.
- **Obtener una copia de este Aviso.** Puede solicitarnos una copia (en papel o en formato electrónico) de este Aviso en cualquier momento o ver una copia en nuestra página Web en <https://healthcare.ascension.org/npp>.
- **Elegir a una persona que lo represente.** Si otorgó un poder notarial médico a otra persona o si cuenta con un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica. En algunas circunstancias, un menor de edad puede tomar decisiones o ejercer sus derechos por sí mismo.
- **Presentar una queja.** Puede presentar una queja si considera que se han violado sus derechos. Puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No será sancionado, discriminado, intimidado ni sufrirá represalias por presentar una queja.

Nuestras responsabilidades

- Las leyes nos exigen mantener la privacidad y la seguridad de su información médica.
- Le notificaremos si se produce una violación que pueda comprometer la privacidad o seguridad de la información médica sobre usted que pueda revelar su identidad.
- Debemos seguir las prácticas descritas en este Aviso y le proporcionaremos una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de alguna otra manera que no se describa en este Aviso, a menos que usted nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos autoriza a hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.
- Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este Aviso, y las modificaciones aplicarán para toda la información que tengamos sobre usted.

Preguntas o quejas

Si tiene alguna pregunta o quiere ejercer sus derechos que se describen en este Aviso, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de Ascension Providence a la siguiente dirección: 1150 Varnum Street NE Washington, DC 20017, por teléfono al 866-264-3815 o por correo electrónico a compliance.dcandsta@ascension.org. La mayoría de las solicitudes para ejercer sus derechos deben hacerse por escrito. Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, escriba a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 877-696-6775 o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Este Aviso tiene vigencia a partir del 1/1/2023.