

Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud y Bienestar

Efectivo Inmediatamente

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE LEERLO CON CUIDADO.

El Centro de Salud y Bienestar se dedica a proteger su información. Somos requeridos por ley a mantener la privacidad de información médica protegida y proveerle a usted éste aviso con nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida. El Centro de Salud y Bienestar es requerido acatarse a la ley y los términos de éste aviso.

COMO SERA UTILIZADA Y REVELADA SU INFORMACION MEDICA:

Usaremos su información médica como parte de la aportación a su atención médica. Por ejemplo, su información médica puede ser utilizada por su doctor ó enfermera, la oficina de negocios para procesar el pago de los servicios proveídos y por el personal administrativo que esté revisando la calidad del cuidado que recibe. Esto aplica a su información médica que esté por escrito y en formato electrónico.

También podemos utilizar y/o revelar su información médica sin antes obtener su autorización por escrito en conformidad con las leyes federales y estatales con los siguientes propósitos:

Pago

Podremos utilizar información médica sobre usted para actividades de pago. Actividades de pago comunes incluyen, pero no se limitan a: (1) La determinación de elegibilidad y cobertura bajo cierto plan; y (2) Facturación y actividades de colección. Ejemplo: Su información médica puede ser revelada a una compañía de aseguranza para obtener pago de servicios. Podremos revelar información médica sobre usted a otro proveedor de cuidado de salud ó entidad cubierta para las actividades de pago. Ejemplo: Podremos mandar su información de cobertura de cuidado de salud con un laboratorio externo que necesite la información para facturar pruebas que se le hayan realizado.

Información de tratamiento

Podremos contactarlo a usted con tratamientos alternativos u otros servicios y beneficios relacionados con la salud que sean de interés para usted. Nosotros mantenemos información médica sobre nuestros pacientes en un récord médico que nos permite compartir esa información médica con propósitos de tratamiento. Esto facilita el acceso a su información médica por otros proveedores de salud que le proveen a usted. Ejemplo: Su información médica puede ser revelada con doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro del personal que esté involucrado en su cuidado.

Operaciones

Podremos usar su información médica con propósitos operacionales y administrativos. Estos usos son necesarios para manejar nuestro negocio y para asegurar que nuestros clientes reciben cuidado de calidad. Actividades comunes de operación incluyen, pero no se limitan a: Evaluaciones de calidad; Revisión de la competencia de profesionales del cuidado de salud; La organización de servicios legales ó auditoría; Planificación empresarial y desarrollo; Gestión empresarial y actividades administrativas; Y la comunicación con nuestros clientes sobre los servicios. Podremos revelar información médica sobre usted con otro proveedor de cuidado de salud u entidad cubierta para sus actividades de operación bajo ciertas circunstancias.

Intercambio de Información Sobre la Salud

Podremos participar en el intercambio de información sobre la salud (HIE). Generalmente un HIE es una organización en la cuál proveedores intercambian información del paciente para facilitar el cuidado de la salud, evitar la duplicación de servicios (ya sean pruebas) y reducir la probabilidad que ocurra error médico. Al participar en un HIE, podremos compartir su información de salud con otros proveedores que participan en HIE ó participantes de otros intercambios de información sobre la salud. Si usted no quiere

que su información médica sea disponible por medio de HIE, usted deberá solicitar una restricción. Puede hacerlo completando un formulario Opt-Out de la recepcionista

Tratamientos Alternativos

Podremos utilizar y revelar su información médica para decirle ó notificarle de posibles opciones de tratamientos ó alternativos que sean de su interés.

Individuos Involucrados en el Cuidado ó Pago de su Cuidado

Podremos liberar información médica sobre usted a un amigo, miembro de la familia ó tutor legal que esté involucrado con su cuidado médico. Podremos decirle a su familia ó amigos sobre su condición y que usted está en el hospital. Además, podremos divulgar información médica sobre usted a una entidad que esté asistiendo en el caso de desastres para que su familia sea notificada de su condición, estatus y ubicación.

Health-Related Benefits and Services

Podremos usar y revelar información médica para decirle de servicios ó beneficios en relación a la salud que puedan ser de su interés.

Directorio

Podremos incluir cierta información sobre usted en nuestro directorio mientras que usted sea paciente de SHWC. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en SHWC, su condición general y su afiliación religiosa. La información del directorio, excepto su afiliación religiosa, puede ser liberada a gente que pregunte por usted por su nombre. Su afiliación religiosa puede ser dada a un miembro del clero, ya sea un ministro, sacerdote, ó rabino, aunque no pregunten por usted por su nombre. Esto es para que su familia, amigos y clero puedan visitarlo en el hospital y saber generalmente como está. *Si usted no quiere estar en nuestro directorio*, necesitará notificarle a nuestro personal de Registración a la hora de registrarse. Se le pedirá completar una forma de “optar por no”.

Recaudación de Fondos

Podremos contactarlo para informarle de actividades de recaudación de fondos para el Centro de Salud y Bienestar (SHWC). Podremos revelar información médica a alguna fundación relacionada con SHWC para que la fundación lo contacte para recaudar fondos de nuestra parte. Sólo revelaremos información limitada, tal como su nombre, dirección y teléfono, las fechas en las que recibió tratamiento ó servicios en SHWC, el departamento en el que recibió servicios, el médico que lo está tratando y su situación de seguro médico con propósito de recaudar fondos. Cada solicitud incluirá información de como optar por no recibir mas comunicaciones para recaudar fondos de SHWC. Usted también podrá notificarle a SHWC en cualquier momento a 1505 East Main, Stigler, OK 74462 para optar por no recibir mas comunicaciones de recaudación.

Requerido por Ley

Podremos revelar su información médica cuando sea requerida por la ley local, estatal y/o federal.

Seguridad Pública

Podremos usar y revelar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad y la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier revelación solamente será a alguien que pueda prevenir la amenaza.

Salud Pública

Podremos revelar información médica sobre usted a actividades de salud pública con intención de: (1) prevenir ó controlar enfermedad, lesión ó incapacidad; (2) Reportar nacimientos ó muertes; (3) Reportar abuso, negligencia ó violencia como es requerido por la ley; (4) reportar reacciones a medicamentos ó problemas con productos; notificar gente de retiradas de productos que tal vez estén usando; ó (5) notificarle a alguna persona que pudiera haber estado expuesta a enfermedad ó con riesgo de contraer y difundir una enfermedad ó condición.

La Administración de Alimentos y Drogas (FDA)

Podremos revelar a la FDA y a los fabricantes, información de salud en relación a eventos adversos con respecto a los alimentos, suplementos, productos y defectos de productos e información después del mercado para permitir el retiro de productos, reparaciones o reemplazos.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia

Podremos revelar información médica sobre usted para autorizar a oficiales federales de inteligencia, contra-inteligencia y otras actividades nacionales de salud autorizadas por la ley.

Servicios de Protección para el Presidente y Otros

Podremos revelar información médica sobre usted a oficiales federales autorizados para proveer la protección del Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado foráneos o conducir investigaciones especiales.

Militares/Veteranos

Podremos revelar su información médica como es requerido por autoridades militares, si usted es miembro de las fuerzas armadas.

Reclusos

Si usted es un recluso de alguna facilidad correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley o agencia, podremos revelar su información médica a la correccional, oficial o agencia. Su autorización es requerida para los siguientes propósitos: (1) notas de psicoterapia. Necesitamos obtener su autorización para revelar notas mantenidas por un profesional de salud mental sobre su sesión; (2) venta de información médica. Debemos obtener su autorización virtualmente en cualquier instante donde tengamos la intención de vender su información médica con excepciones menores; (3) Mercadeo. Debemos obtener su autorización para comunicarnos con usted sobre un producto en particular o servicio, virtualmente cada vez que nos paguen para hacer la comunicación; con excepciones menores.

Derecho de Inspeccionar y Copiar

Usted tiene el derecho de inspeccionar u obtener una copia de su información médica para tomar decisiones sobre su cuidado. SHWC le provee acceso a su información médica en la forma o formato solicitada ya sea que esté disponible. Si desea obtener su información médica en papel, le cobraremos \$1.00 por la primera página y .50 centavos por página subsecuente. Podremos cobrarle sin exceder de \$0.12 por página digital y \$5.00 por radiografía. Podremos negar su solicitud de inspeccionar y/o copiar su información médica en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso, usted podrá solicitar que se revise la negación. Un profesional de la salud escogido por SHWC revisará su solicitud y la negación. La persona conduciendo la revisión no será la que haya negado su solicitud original. Nos conformaremos con el resultado de la revisión.

Derecho de Enmendar

Si usted piensa que su información médica que creamos esta incorrecta o incompleta, usted puede meter una solicitud para enmendarla mientras que nosotros tengamos la información. Usted debe proporcionar una razón que apoye la solicitud de enmendación. Podremos negar su solicitud de enmendación si no está por escrito o no incluye una razón que apoye la solicitud. Además, podremos negar su solicitud si usted pide enmendar información que: (1) Nosotros no creamos, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para hacer la enmendación; (2) No es parte de la información que nosotros mantenemos; (3) No es parte de la información que usted puede inspeccionar y copiar; o (4) Esté exacta y completa.

Derecho a un Informe de las Divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones" cada 12 meses. Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de su información médica. Hay varias categorías que no estamos requeridos incluir en la lista de informes. Por ejemplo, no tenemos que hacer seguimiento de las divulgaciones que son autorizadas. Su solicitud debe señalar un periodo de tiempo, la cual no sea mas de 6 años y no podrá incluir fechas antes del 14 de Abril del 2003. Si usted solicita mas de un informe en un

periodo de 12 meses, podremos cobrarle el costo de la lista. Le notificaremos de cualquier costo y usted puede elegir retirar ó modificar su solicitud antes de que algún costo sea incurrido.

Derecho de Solicitar Restricciones

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción ó limitación en la información médica que usamos ó divulgamos sobre usted a menos de que el uso y/o divulgación sea requerido por la ley. Usted también tiene el derecho de solicitar el límite de información médica que revelamos sobre usted a alguien que está involucrado en su cuidado ó el pago de su cuidado, como algún familiar ó amigo. Usted puede solicitar una restricción si no desea que nosotros revelemos su información médica a un HIE. No somos requeridos a estar de acuerdo con su solicitud a menos de que usted esté solicitando una restricción en la revelación de su información a su plan de salud y usted pague de su bolsillo el tratamiento médico proveído. Si estamos de acuerdo con una restricción, cumpliremos con su solicitud a menos de que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia. En su solicitud deberá indicar: (1) El tipo de restricción que quiere y la información que quiere restringir; y (2) Hacia quien quiere que sean las limitaciones, por ejemplo, su pareja.

Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una cierta manera ó cierta ubicación. Por ejemplo, usted puede pedir que sólo lo contactemos en el trabajo ó por correo. Nosotros complaceremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud deberá ser específico de cómo y dónde quiere que se le contacte.

Derecho a Una Copia en Papel de éste Aviso

Usted tiene el derecho a una copia en papel de éste aviso. Copias de éste aviso siempre estarán disponibles en la oficina de registración.

Actividades Sobrevistas de Salud

Podremos revelar su información médica a una agencia para actividades sobrevistas autorizadas por la ley, incluyendo auditorías, investigaciones, licenciaturas, inspecciones ó acciones disciplinarias, procedimientos administrativos y/o legales.

Demandas ó Disputas

Si usted está involucrado en una demanda ó disputa, podremos revelar información médica sobre usted en respuesta a la corte ó procedimientos administrativos. En circunstancias limitadas, podremos revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación ó solicitud de descubrimiento.

Oficial de la Ley

Podremos revelar información médica si se nos pide de un oficial de la ley: (1) en respuesta a una orden de la corte, orden de arresto, citación u otro proceso similar; (2) para identificar ó ubicar a un sujeto sospechoso, fugitivo, testigo material, ó persona desaparecida; (3) sobre una víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona; (4) sobre una muerte que creamos sea el resultado de conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en el hospital; y (6) en circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la ubicación del crimen ó víctimas; la identidad, descripción ó ubicación de la persona que haya cometido el crimen.

Médicos Forenses, Médicos Examinadores y Directores de Funerarias

Podremos revelar información médica a los médicos forenses y examinadores.

Donación de Organos

Si usted es donador de organos, podremos revelar su información médica a una organización de donación y procuramiento de órganos.

Investigación

Podremos usar y revelar su información médica para ciertos propósitos de investigación si una Junta de Revisión Institucional ó una Junta de Privacidad ha alterado ó renunciado a una autorización individual, la revisión es en preparación a la investigación, ó la revisión es sólo causante de información. Sin embargo,

hay ciertas excepciones. Su información médica podrá ser revelada sin su autorización para investigación si el requerimiento de autorización ha sido renunciado ó alterado por un comité especial que se encarga de asegurar que la revelación no pondrá en riesgo su privacidad y que se tomen las medidas necesarias para proteger su información médica. Su información médica también puede ser revelada a investigadores para prepararse mientras que se cumplan ciertas condiciones. Información médica en cuanto a personas fallecidas puede ser liberadas sin autorización en ciertas circunstancias. Información médica limitada puede ser liberada a un investigador que haya firmado un acuerdo prometiendo proteger la información liberada.

Asociados de Negocio

Podremos revelar su información de salud a algún socio con quien tengamos un contrato para proveer servicios de nuestra parte. Para proteger su información de salud, requerimos que nuestros socios salvaguarden apropiadamente la información de salud de nuestros pacientes.

AUTORIZACIONES:

No utilizaremos ni revelaremos su información médica por ningún otro propósito sin su autorización por escrito. Una vez dada, usted puede revocarlo por escrito. Para solicitar una forma de Revocación de Autorización hable con el personal del centro HWC más cercano o comuníquese con el personal de registros médicos al (800) 640-9741. Para obtener una lista actualizada de las instalaciones del Health and Wellness, visite nuestro sitio web en www.healthwellnessok.com.