

## Su Información. Sus Derechos. Nuestra Responsabilidad.

Este aviso describe cómo su información médica, puede ser usada, divulgada y también como obtener acceso a dicha información. **Por favor revise este aviso cuidadosamente.**

### Sus Derechos

#### Usted tiene el derecho de :

- Obtener una copia electrónica ó de papel de su historia clínica
- Hacer rectificaciones de su historial clínico electrónico ó de papel
- Solicitar información confidencial
- Pedir que se limite la información compartida
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Seleccionar a alguien que ejercite sus derechos
- Presentar una queja, si considera que no se han respetado sus derechos

**Ver página 2**  
*para más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos*

### Sus Opciones

#### Usted tiene ciertas opciones en la forma en que usamos y compartimos su información al:

- Informar familiares y amigos sobre su condición
- Proporcionar ayuda en caso de desastre
- Incluirle en el directorio hospitalario
- Proveer cuidados de salud mental
- Publicar nuestros servicios y en la venta de su información
- Recaudar fondos

► **Ver página 3**  
*para más información sobre estas elecciones y cómo ejercerla*

### Nuestros Usos y Divulgación

#### Podríamos usar y compartir su información mientras:

- Le ofrecemos tratamiento
- Dirigimos nuestra organización
- Enviamos el cobro por los servicios
- Se asiste a la salud pública y asuntos de seguridad
- Se estudian proyectos de investigación
- Se cumple con la ley
- Se responde a peticiones de órganos y tejidos
- Se trabaja con un examinador medico ó un director de funeraria
- Se hace el reclamo de una compensación para el trabajador, se trabaja con la ley ó alguna otra petición gubernamental
- Respondemos a demandas ó acciones legales

► **Ver páginas 3 y 4**  
*para más información sobre los usos y divulgaciones*

## Sus Derechos

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

Para su ayuda, esta sección le explica sus derechos y responsabilidades.

#### Obtenga su historia clínica en copia electrónica ó de papel

- Usted puede pedir, ver ó recibir una copia electrónica ó de papel sobre su expediente médico u otra información disponible. Pregúntenos como hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia ó sumario de su información médica, usualmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podríamos cobrarle una cuota razonable, basada en los costos ocasionados con la solicitud.

#### Pidanos realizar correcciones en su historial médico

- Puede solicitar que se hagan correcciones sobre la información médica que usted considere incorrecta ó incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Quizás digamos que "no" a su petición, y le dejaremos saber el porqué, por escrito en el transcurso de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nuestra comunicación con usted sea en una manera específica ( por ejemplo, a través del teléfono de su hogar ó de la oficina) ó enviando un correo a una dirección diferente.
- Diremos que "sí" a todas las peticiones razonables.

#### Pidanos que se limite la informacion que usamos ó distribuimos

- Puede pedirnos que no usemos ó compartamos cierta información de salud sobre tratamientos, pagos ó nuestras actividades.
- Si usted ha pagado por servicios u artículos de cuidado para su salud, puede pedirnos que no se distribuya la información sobre el propósito de pago ó nuestras actividades, con su seguro médico. Diremos que "sí", al menos que exista una ley exigiendonos compartir dicha información.

#### Obtener una lista de aquellos con los cuáles hemos compartido información

- Usted puede pedir una lista ( explicación) de las veces que hemos compartido información sobre su salud, durante los seis años anteriores a esta petición.
- Incluiremos todas las informaciones compartidas, excepto, las relaciondas con tratamientos, pagos, actividades sobre el cuidado de su salud y algunas otras informaciones (como las que usted nos pidió hacer). Proporcionamos una copia al año gratuita, si necesita otra copia en el transcurso de esos 12 meses, se le cobrará una cuota razonable.

#### Obtener una copia de este aviso sobre privacidad

- Usted puede pedir una copia de papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado el recibir el mismo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

#### Elija a alguien que obre por usted

- Si usted le ha concedido a alguien un Poder Legal Médico, ó si tiene un tutor legal, esta persona puede ejercitar sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos, que esta persona tenga la autoridad y pueda tomar decisiones por usted, antes de nosotros ejecutar cualquier acción.

**Presentar una queja, si usted considera que sus derechos no están siendo respetados**

- Puede presentar una queja si considera que no hemos respetado sus derechos, contactenos usando la información en la página número 1
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, ó visitando la página de internet [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja..

## Su Decisión

**Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si usted tiene ciertas preferencias de cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Haganos saber sus deseos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartamos información con sus familiares, amigos íntimos u otros involucrados en su cuidado.
- Compartamos información en situaciones catastróficas.
- Que se incluya su información en el directorio hospitalario.

*Si usted es incapáz de dejarnos saber sus prioridades de antemano y por ejemplo queda inconsciente, pudieramos proceder a compartir su información, si opinamos que es necesario para su interés. También podemos compartir su información en el momento adecuado para reducir una amenaza eminente a su salud ó seguridad.*

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

- Propósitos Publicitarios
- Venta de su información
- La mayoría del contenido de sus notas de Psicoterapia

**En el caso de una recaudación de fondos:**

- Quizás le contactemos con el afán de recaudar fondos, por supuesto usted puede decirnos que no desea que le contacemos nuevamente.

## Uso y Divulgación

### ¿Cómo utilizamos ó compartimos su información de salud habitualmente?

Habitualmente utilizamos ó compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

**Su tratamiento**

- Podemos usar la información sobre su salud é intercambiarla con otros profesionales de los cuáles usted recibe tratamiento.

**Ejemplo:** Un médico le atiende por una lesión, y este le pide a otro médico información sobre su condición general de salud.

<b>Desempeño de nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y compartir su información de salud para desempeñar nuestro trabajo, optimizar su cuidado y contactarle cuando sea necesario .</li> </ul>	<b>Ejemplo:</b> Usamos la información sobre su salud, para supervisar sus tratamientos y servicios.
<b>Cargos por sus servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y compartir su información de salud, para el cobro y recibir el pago de seguros médicos u otras entidades.</li> </ul>	<b>Ejemplo:</b> Enviamos su información a su plan de seguro médico para recibir pagos por servicios rendados.

**¿En que otra forma podemos usar ó compartir su información de salud ?** Se nos permite ó requiere que compartamos su información de varias formas, usualmente en maneras que contribuyan al bienestar público, tales como la salud pública é investigaciones. Debemos cumplir con todos lo requisitos de la ley antes de intercambiar u compartir su información con estos propósitos. Para más detalles consulte la página de internet: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<b>Asistencia para la salud pública y aspectos de seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos intercambiar información sobre su salud, en cierta situaciones como: <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenición de enfermedades.</li> <li>Ayuda con la retirada de productos del mercado.</li> <li>Reportar reacciones adversas a medicamentos.</li> <li>Reportar sospechas de abuso, negligencia ó violencia domestica.</li> <li>Prevenir ó reducir serias amenazas a la salud ó seguridad de cualquier individuo.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar ó compartir su información , para proyectos de investigación de la salud.</li> </ul>
<b>Cumplimiento con la Ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compartiremos información sobre usted, si la leyes estatales ó federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si solicitan comprobar que estamos cumpliendo con la Ley Federal de Privacidad.</li> </ul>
<b>Respuesta a las solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información sobre su salud, con organizaciones de adquisición de órganos.</li> </ul>
<b>Trabajar con examinadores médico ó directores de funerales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información de salud con, forenses, examinadores médicos ó directores de funerales, con respecto a la muerte de un individuo.</li> </ul>
<b>Abordar la indemnización de los trabajadores, la aplicación de la ley u otra solicitud gubernamental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar ó compartir la información sobre su salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>Para reclamaciones de indemnización al trabajador</li> <li>Con fines de cumplimiento de la ley ó con un funcionario legal</li> <li>Con agencias supervisoras de salud para actividades autorizadas por la ley</li> <li>Para funciones especiales gubernamentales, como los servicios militares, la seguridad nacional y servicios de protección presidencial</li> </ul> </li> </ul>
<b>Respuestas a demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información de salud en respuesta a una solicitud de orden judicial, administrativa ó una citación para presentarse ante un tribunal.</li> </ul>

*Nunca compartiremos ningún documento relacionado con tratamientos para el abuso de drogas, información sobre el VIH/SIDA ó registros médicos sobre su comportamiento, sin su permiso por escrito, excepto cuando sea requerido por la ley .*

*Los pacientes pueden acceder su propia información de salud a través de Epic MyChart enlazado desde nuestro sitio de internet, **www.westernmontanaclinic.com**.*

### **Nuestras Responsabilidades**

---

- Estamos obligados por la ley a mantener protegida la privacidad y seguridad de su información médica .
- Le avisaremos con prontitud si se produce una brecha, que pueda haber comprometido la privacidad ó seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las normas y prácticas de seguridad descritas en este aviso, así como ofrecerle a usted una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información, con excepción de las razones explícitas en este documento, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacer uso de dicha información. Tenga en cuenta que usted tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento.

Para obtener más información consulte:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)**.

### **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, estos cambios se aplicarán a toda la información que poseamos sobre usted. el nuevo aviso estará disponible bajo petición en nuestra oficina y nuestro sitio de internet .

*Fecha de vigencia: 30/4/2018*