



**Este aviso describe cómo su información de salud protegida (PHI) puede ser usada y divulgada y los detalles de su derecho de acceso para restringir el acceso a esta información.**

## **POR FAVOR LEA CON CUIDADO**

Las clínicas de la Universidad de Ciencias de la salud Northwestern, están obligadas por ley a mantener la privacidad de su información de salud y proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica. Tenemos la obligación de cumplir con los términos del Aviso actualmente en vigor, aunque nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso y de hacer cambios correspondientes a su información de salud protegida (PHI), si se requiere. Si usted lo requiere, nosotros le proporcionaremos con cualquier aviso de las prácticas de privacidad o usted puede obtener una copia mediante el acceso a nuestro sitio Web en [www.nwhealth.edu/patients](http://www.nwhealth.edu/patients), o mandando un correo electrónico a [QualityAssurance@nwhealth.edu](mailto:QualityAssurance@nwhealth.edu) o solicitando una copia en el momento de su próxima cita.

Este aviso de privacidad y políticas describe nuestras prácticas, políticas y obligaciones legales para mantener la confidencialidad y la protección contra la divulgación de la información de salud protegida ("PHI") bajo las regulaciones de privacidad establecidos por la Ley de portabilidad y Responsabilidad ("HIPAA") y ampliado por la tecnología de la información para la Salud y la ley de salud clínica Económica ("HITECH")

PHI incluye su información demográfica, tales como nombre, dirección, número de teléfono, y familia; información de su pasado, presente o futuro referente a su salud física o mental o condición de salud; e información sobre los servicios médicos proporcionados, incluyendo información de pago, si alguna de esa información puede ser utilizada para identificarlo. Nosotros podemos guardar su información de forma electrónica y / o en papel.

Este aviso describe los usos y divulgaciones de la PHI a la que usted ha dado su consentimiento, y que usted puede autorizar en el futuro, estos usos son permitidos o requeridos por la ley estatal o federal. Asimismo, se le informa sobre sus derechos para acceder y controlar su PHI.

Consideramos que la protección de su PHI es un deber importante. Los elementos de este aviso y cualquier autorización que usted firme son requeridos por la ley estatal y federal para su protección y para asegurar su consentimiento informado para el uso y divulgación de la PHI. Y para mantener su relación con nosotros.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este Aviso de prácticas de privacidad, por favor de contactar al comité de Seguros de Calidad de la Universidad De Ciencias De La Salud Northwestern [QualityAssurance@nwhealth.edu](mailto:QualityAssurance@nwhealth.edu). O por correo Atentamente: Quality Assurance, 2501 W. 84th Street, Bloomington, MN 55431.

### **Protección de su PHI Dentro de Nuestra Práctica**

Tenemos en marcha medidas físicas de seguridad administrativas y técnicas para proteger y asegurar la privacidad y seguridad de su PHI. Orientamos nuestro personal a las regulaciones y políticas desarrolladas para proteger la privacidad de su PHI, y tenemos la obligación de revisar la privacidad y la seguridad anualmente. Llevamos a cabo los registros médicos en una zona segura dentro de nuestras clínicas, y nuestro sistema de registro médico electrónico es monitoreado y actualizado para hacer frente a los riesgos de seguridad de acuerdo con las Reglas de Seguridad de HIPAA. Sólo los miembros del personal que tienen un acceso legítimo "necesidad de saber" están autorizados a sus registros médicos y otra información médica protegida. Nuestro personal entiende la obligación legal y ética de proteger su PHI y que cualquier violación de este Aviso de prácticas de privacidad y políticas puede resultar en una acción disciplinaria de acuerdo con nuestras políticas de cumplimiento.

### **Usos y divulgaciones de PHI**

Como parte de nuestros materiales de inscripción, le solicitaremos su consentimiento por escrito para nuestra práctica de utilizar y divulgar su PHI para los siguientes tipos de actividades:

- **Tratamiento:** El tratamiento implica la provisión, coordinación o administración de su cuidado de salud y servicios relacionados por nuestras clínicas y los proveedores involucrados en su cuidado. Los estudiantes

internos pueden estar involucrados en su cuidado. Se incluye la coordinación o administración de cuidados de salud por un proveedor con compañía de seguros de terceros, la comunicación con los proveedores de laboratorio o de imágenes referente a resultados de pruebas, la consulta entre el personal clínico y otros profesionales de la salud relacionada con su cuidado, o nuestro referido a un especialista.

- **Pago:** El pago significa nuestras actividades para obtener reembolso por los servicios prestados a usted, incluyendo facturación, gestión de reclamaciones, y las actividades de recolección. El pago también puede incluir los esfuerzos de su compañía de seguros para determinar la elegibilidad, procesamiento de reclamaciones, la evaluación de la necesidad médica, y la revisión de la utilización. El pago también puede incluir actividades llevadas a cabo en nuestro nombre por una o más de nuestras agencias de cobro o agentes, con el fin de garantizar el pago de facturas sin pagar.
- **Operaciones:** Operaciones de atención médica significan las actividades comerciales legítimas de nuestra práctica. Estas actividades pueden incluir la evaluación de calidad y actividades de mejora; el fraude y el abuso de cumplimiento; la planificación y desarrollo de negocios; y el manejo de negocios y actividades administrativas generales. Estos también pueden incluir nuestras llamadas por teléfono para recordarle de sus citas, o el uso de un servicio de traducción si es necesario para comunicarse con usted en persona o por teléfono, en un idioma que no sea inglés. Cuando implicamos a terceros en nuestras actividades de negocio, ellos firmarán un Acuerdo de Sociedad Comercial el cual los obliga a proteger su PHI de acuerdo con las mismas normas legales que seguimos nosotros.

### **Intercambio Electrónico de PHI**

Podemos transferir su PHI electrónicamente a otros proveedores de servicios médicos. También podemos transmitir su información a su compañía de seguro médico por vía electrónica.

### **Usos y divulgaciones de PHI en base a su autorización por escrito**

Otros usos y divulgaciones de su PHI se harán sólo con su autorización por escrito. Esto le permite solicitar que revelemos información limitada a ciertos individuos o empresas con un propósito definido o por un periodo de tiempo. Por ejemplo, es posible que usted desee autorizar la divulgación a las personas que no están involucradas en las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud, como por ejemplo un miembro de la familia o un programa de educación física escolar. Si usted desea revelar su información se le pedirá que firme una autorización permitiéndonos divulgar esta PHI a las partes designadas.

### **Usos y divulgaciones de PHI permitidos o requeridos por la ley**

En algunas circunstancias, estamos legalmente obligados a usar o divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización. La ley de privacidad del estado y federal permite o requiere el uso o divulgación, independientemente de su consentimiento o autorización en ciertas situaciones, incluyendo, pero no limitado a:

- **Emergencias:** Si usted está incapacitado y necesita tratamiento de emergencia, vamos a utilizar y divulgar su PHI para asegurar que usted reciba los servicios necesarios. Intentaremos obtener su consentimiento tan pronto como sea posible después de su tratamiento.
- **Otros partidos involucrados en su atención médica:** Si usted lo autoriza, nosotros podemos revelar su PHI a un miembro de la familia, un amigo cercano u otra persona que usted designe, solamente lo que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica y tratamiento. También es posible que tenga que utilizar la información médica para notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, ubicación y condición general.
- **Barreras de Comunicación:** Si intentamos pero no podemos obtener su consentimiento para usar o divulgar su PHI a causa de las barreras de comunicación importantes, su clínico, usando su juicio profesional, infiere que usted autoriza el uso o divulgación, o si el médico determina que divulgar información limitada es de su mejor interés. En estos casos se podrá autorizar el uso o divulgación.
- **Requerido por la Ley:** Podemos divulgar su PHI en la medida en que su uso o divulgación es requerida por la ley. Esta divulgación se realizará de conformidad con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley.
- **Salud Pública / Actividades de Regulación:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública autorizada para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o para cumplir con la ley estatal de negligencia y abuso infantil o de adulto. Tenemos la obligación de reportar sospechas de abuso y abandono a las agencias de regulación apropiadas.
- **Administración de Medicamentos y Alimentos:** Podemos divulgar su PHI a una persona o empresa como lo

requiere la Administración de Alimentos y Medicamentos, para reportar eventos adversos, defectos o problemas de productos, desviaciones de productos biológicos, así como para realizar el seguimiento apropiado del uso del producto, permitir la retirada de productos, hacer las reparaciones o sustituciones necesarias o para llevar a cabo la vigilancia posterior a la comercialización.

- **Actividades de supervisión médica:** Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones y otras actividades necesarias para la supervisión adecuada de los programas de beneficios del sistema de atención de la salud y del gobierno, tales como Medicare y Medicaid.

**Procedimientos judiciales y administrativos:** Sólo se puede divulgar su PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, respondiendo a una orden de un tribunal que exija la divulgación, o de acuerdo con la nuestra obligación legal que nos obliga a hacerlo, o con su autorización.

**Actividades de Aplicación de la ley:** De acuerdo con la ley del estado de Vermont, no podemos revelar su PHI a un oficial de policía con fines policiales sin orden judicial, obligación legal o sin la autorización del paciente.

**Médicos forenses, directores de funerarias y organizaciones de donación de órganos:** Podemos divulgar su PHI a un médico forense con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte, u otras funciones legales. También podemos revelar su PHI para permitir que un director de la funeraria lleve a cabo sus funciones legales. Su PHI también puede ser revelada a los bancos de órganos para donaciones de órganos, ojos, huesos, tejidos y otros fines de donación.

**Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información médica para fines de investigación. Mediante investigaciones, aprendemos nuevas y mejores formas de diagnosticar y tratar condiciones. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un tipo de tratamiento que aquellos que recibieron otro para la misma condición. Todos estos proyectos de investigación están sujetos a un proceso de revisión y aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación y su uso de información médica, el cual equilibra las necesidades de la investigación con las necesidades de los pacientes y la privacidad de su información médica. Antes de usar o divulgar información médica para investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación. En algunos casos, se requerirá su autorización y en otros casos no, dependiendo si durante proceso de revisión se determine que el proyecto no genera más que un riesgo mínimo para su privacidad, en estos casos, obtener su autorización no sería práctico y los investigadores tendrán un plan para proteger su información de cualquier uso indebido o divulgación. Si un proyecto de investigación médica se lleva a cabo, toda la información que lo identifiquen (tal como su nombre, número de seguro social y número de historia médico) será eliminado. Nosotros podemos utilizar o liberar los datos sin autorización especial. También podemos utilizar o publicar ciertos datos para la investigación, (sin autorización especial) así como fechas de nacimiento, admisión, tratamiento, e información general sobre la zona donde vive (sin incluir su dirección). En estos casos, aquellos que reciban los datos firmaran un acuerdo para proteger adecuadamente la misma. En caso de que usted participe en un proyecto de investigación que implica tratamiento, su derecho a acceder información de salud relacionada con el tratamiento puede ser negado durante el proyecto. Esto se lleva a cabo para que la integridad de la investigación sea preservada. Su derecho a acceder la información será restablecido tras la finalización del proyecto de investigación.

**Amenazas graves para la salud o seguridad:** Podemos revelar su PHI para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente de salud o seguridad de una persona o del público.

**Actividad Militar y Seguridad Nacional:** Podemos divulgar la PHI de los miembros de las fuerzas armadas para actividades consideradas necesarias por las autoridades militares, para asegurar la ejecución correcta de misiones militares. También podemos revelar su PHI a ciertos oficiales federales para inteligencia legal y otras actividades de seguridad nacional.

**Compensación a los Trabajadores:** Podemos revelar su PHI para cumplir con la ley de compensación al trabajador.

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos:** Se debe revelar su PHI si usted lo solicita y al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con las leyes de privacidad.

**Alivio de desastres:** Podemos divulgar su PHI a las agencias locales, estatales o federales que participan en las operaciones de socorro, y a organizaciones de asistencia de socorro privadas (como la Cruz Roja si está autorizada para ayudar en estos casos)

## Sus derechos en relación con su PHI

**Derecho de pedir la restricción de usos y divulgaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que no usemos o divulguemos cualquier parte de su PHI a no ser que sea requerida por la ley. Por favor, infórmenos de la PHI específica que desea restringir y el individuo (s) que no deben recibir la esta información. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud de restricción, solo con una excepción \*, pero si aceptamos su solicitud, no utilizaremos o divulgaremos la PHI restringida a menos que sea necesario en caso de un tratamiento de emergencia. En ese caso, vamos a pedir que el recipiente no utilice o divulgue la PHI restringida. Usted puede solicitar restricciones e identificar las partes a que usted desee restringir. Esto lo puede hacer por escrito al Comité de Seguros de Calidad [QualityAssurance@nwhealth.edu](mailto:QualityAssurance@nwhealth.edu) . O por correo, Atentamente: Quality Assurance, 2501 W. 84th Street, Bloomington, MN 55431.

\* Si usted solicita el acceso restringido de su PHI por servicios que usted ha pagado totalmente de su bolsillo y que no están a disposición de su compañía de seguros, nosotros estaremos de acuerdo con su solicitud.

**Derecho de Acceso a la PHI:** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI, si lo solicita por escrito. En circunstancias muy limitadas, podemos negar el acceso a sus registros médicos. Para solicitar acceso a su expediente médico, por favor llame a la clínica adecuada (Clínica de Salud Northwestern—En Bloomington al 952.885.5444 o la clínica DeRusha al 952.885.5415) durante las horas de trabajo. Responderemos a su solicitud tan pronto como sea posible, pero no más de 30 días después de la fecha de su solicitud. Si se le niega el acceso, recibirá una carta de rechazo dentro de los 30 días. Hay un proceso de apelación. Nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa razonable por copias de su PHI.

**Derecho a comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho a una acomodación razonable si usted solicita recibir comunicación de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede que desee que su factura sea enviada a una dirección distinta a la de su casa. Por favor, haga su pedido por escrito al Comité de Seguros de Calidad [QualityAssurance@nwhealth.edu](mailto:QualityAssurance@nwhealth.edu) . O por correo, Atentamente: Quality Assurance, 2501 W. 84th Street, Bloomington, MN 55431. No es necesaria una explicación referente a los motivos de su solicitud. Trataremos de cumplir con solicitudes razonables, pero usted será responsable por los costos asociados con el envío de su PHI.

**Derecho a enmendar su PHI:** Usted tiene el derecho a solicitar que se cambie su PHI. Su solicitud debe hacerse por escrito. Responderemos a su solicitud tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 60 días desde la fecha de su solicitud. Si negamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración escrita manifestando su disconformidad con nuestra decisión; también tenemos el derecho a presentar una declaración de refutación. El registro de desacuerdo con respecto a la enmienda pasará a formar parte de su expediente médico y puede ser incluido en las revelaciones subsecuentes de su PHI.

**Derecho a divulgaciones de contabilidad:** Sujeto a ciertas limitaciones, por nuestra parte, usted tiene el derecho a una revelación de contabilidad por escrito referente a su PHI, no más de 6 años anteriores a la fecha de su solicitud. Su derecho a recibir un informe de contabilidad incluye las divulgaciones de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, entre otras. Por favor, haga su pedido por escrito al Comité de Seguros de Calidad [QualityAssurance@nwhealth.edu](mailto:QualityAssurance@nwhealth.edu) . O por correo, Atentamente: Quality Assurance, 2501 W. 84th Street, Bloomington, MN 55431. Responderemos a su solicitud tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 60 días desde la fecha de su solicitud. Nosotros le proporcionaremos un estado de contabilidad cada 12 meses de forma gratuita. Cobraremos una tarifa razonable por solicitudes de cuentas subsecuentes.

**Derecho a obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y Políticas:** Pediremos que firme un reconocimiento por escrito indicando que recibió nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y Políticas. Podemos modificar periódicamente el presente Aviso de Prácticas de Privacidad y Políticas y usted puede obtener un Aviso actualizado en cualquier momento.

## Procedimiento de queja

**Dentro de nuestras clínicas:** Si usted tiene una queja sobre la negación de cualquiera de los derechos específicos enumerados en la sección 7 anterior, acerca de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, o acerca de nuestro cumplimiento con las leyes estatales y federales de privacidad, usted puede obtener más información sobre este proceso contactando por escrito, al Comité de Seguros de Calidad [QualityAssurance@nwhealth.edu](mailto:QualityAssurance@nwhealth.edu) . O por correo 2501 W. 84th Street, Bloomington, MN 55431. Responderemos a su queja por escrito dentro de los plazos que figuran en la Sección 7, o dentro de los

30 días siguientes a la fecha de su queja.

**Fuera de nuestras Clínicas:** Si usted cree que nuestras clínicas no están cumpliendo con las obligaciones legales para proteger la privacidad de su PHI, usted puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### **Comercialización y recaudación de fondos**

**Uso de recaudación de fondos:** Podemos utilizar la información del paciente con el propósito de recaudar fondos internos para organizaciones. La información utilizada se limita a información de contacto y las fechas de los servicios recibidos.

**Derecho del paciente de "no participar":** Proporcionamos a todos los pacientes la oportunidad de "no participar" si desea que su información no sea usada para fines de desarrollo.

**Comercio:** Obtendremos una autorización del paciente para el uso o divulgación de su PHI con fines de comercio. Si esta comercialización resulta en remuneración directa o indirecta de un tercero, el individuo será notificado de dicha remuneración.

Fecha de vigencia: Esta notificación es efectiva a partir del 23 de septiembre del 2013

