

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente.

### USTED TIENE EL DERECHO A OBTENER UNA COPIA DE ESTE AVISO A PETICIÓN.

**Este aviso describe las prácticas de privacidad de las Clínicas Metropolitanas de Nashville salud pública, incluida la Lentz Public Health Center, East Public Health Center, y Centro Woodbine Salud Pública.**

#### Información médica del paciente

Bajo la ley federal, su información médica está protegida y confidencial. Información médica del paciente incluye información acerca de sus síntomas, resultados de exámenes, diagnóstico, tratamiento e información médica relacionada. Su información de salud también incluye el pago, la facturación y la información del seguro.

#### Cómo usamos su información de salud del paciente

Utilizamos la información sobre su salud para tratamiento, para obtener pago y operaciones de atención de salud, incluyendo fines administrativos y de evaluación de la calidad de la atención que recibe. Bajo ciertas circunstancias, es posible que deba usar o revelar la información incluso sin su permiso.

#### Ejemplos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, las enfermeras, los médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento registrarán información en su expediente y lo utilizan para determinar el curso más adecuado de atención. También podemos revelar la información a otros proveedores de atención de salud que participan en su tratamiento, a los farmacéuticos que provean sus recetas, ya los miembros de la familia que están ayudando con su cuidado.

**Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud para fines de pago. Por ejemplo, podemos necesitar obtener autorización de su compañía de seguros antes de proporcionar ciertos tipos de tratamiento. Vamos a presentar proyectos de ley y mantener los registros de pagos de su plan de salud.

**Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y divulgar su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas habituales, incluyendo la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento y para evaluar el cuidado y resultados de su caso y otros similares.

#### Usos especiales

Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted con recordatorios de citas. También podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

#### Otros usos y divulgaciones

Podemos usar o revelar información médica acerca de usted por otras razones, incluso sin su consentimiento. Sujeto a ciertos requisitos, se nos permite dar a conocer información médica sin su permiso para los siguientes propósitos:

- **Requerido por Ley:** Podemos estar obligados por ley a reportar heridas de bala, sospecha de abuso o negligencia, o lesiones y eventos similares.
- **Actividades de Salud Pública:** Según los requisitos de ley, podemos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con la retirada del mercado de productos peligrosos, e información similar a autoridades de salud pública, incluidos otros departamentos de la Zona Metropolitana de Nashville Departamento de Salud.
- **Supervisión de salud:** Podemos estar obligados a divulgar información para ayudar en las investigaciones y auditorías, elegibilidad para los programas de gobierno, y actividades similares.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** Podemos revelar información en respuesta a una citación u orden judicial correspondiente.

**(Continúa en la página 2)**

- **Fines policiales:** Sujeto a ciertas restricciones, podemos revelar la información requerida por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
- **Muertes:** Podemos suministrar información relacionada con las muertes a médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y agencias de donación de órganos.
- **Amenaza Seria a la Salud o Seguridad:** Podemos usar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.
- **Funciones gobierno militar y especial:** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar su información cuando lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos revelar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.
- **Investigación:** Podemos usar o revelar información para la investigación médica aprobada.
- **Personas involucradas en su atención:** Podemos proporcionar información acerca de usted a un familiar, amigo u otra persona involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica. En caso de su fallecimiento, podemos revelar información médica sobre usted a un amigo o familiar que estuvo involucrado en su atención médica antes de su muerte, limitado a la información relevante a la participación de esa persona, a menos que esto sea incompatible con los deseos que expresó durante su vida. Le pediremos que complete un formulario aclarando quiénes de los miembros y / o amigos de su familia pueden estar involucrados en su cuidado de salud y / o el pago de su atención médica. Si divulgamos información a un miembro de la familia, pariente o amigo cercano, divulgaremos solamente la información que creemos que es relevante para la participación de esa persona en su atención médica o pago relacionado con su atención médica.
- **Notificación de Desastres:** Podemos usar o divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a su familia, un representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, condición, o fallecimiento. Podemos revelar su información médica a las autoridades de alivio de desastres para que su familia pueda ser notificada de su ubicación y condición.

- **Asociados comerciales:** Podemos contratar con uno o más asociados comerciales que nos prestan servicios y revelar su información de salud a nuestros asociados de negocios para que puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado. Requerimos a nuestros asociados de negocios firmar un contrato en el cual se comprometen a salvaguardar la privacidad y seguridad de su información de salud.
- **Compensación a los Trabajadores:** Podemos revelar información sobre usted a agencias de compensación al trabajador y a su empleador para proporcionar beneficios para lesiones laborales o enfermedades.

### **Autorización para Otros Usos y Divulgaciones**

Si bien podemos utilizar o divulgar su información médica sin su autorización por escrito como se explicó anteriormente, hay otros casos en los que vamos a obtener su autorización por escrito. Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, no vamos a usar o divulgar su información médica sin su autorización previa por escrito. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hemos contado con su autorización inicial y hemos tomado las medidas necesarias.

Ejemplos de los usos y revelaciones que requerirán su autorización por escrito son:

- La mayoría de los usos y las revelaciones de las notas de psicoterapia (si es registrado por una entidad cubierta) requerirá su autorización por escrito.
- La mayoría de los usos y divulgaciones para fines de marketing, incluidas las comunicaciones tratamiento subsidiado, requerirá su autorización escrita.
- La mayoría de las divulgaciones de PHI que constituye la venta de PHI requerirá su autorización escrita.
- No venderemos su información médica a un tercero sin su autorización previa.

En cualquier otra situación, no contemplada, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier información de salud identificable acerca de usted. Si usted elige firmar una autorización para utilizar y divulgar su información médica, usted después podrá revocar dicha autorización en forma escrita en cualquier momento. Si usted elige cancelar su autorización, esto detendrá cualquier uso y declaraciones futuras, excepto cuando ya hayamos actuado bajo su permiso.

***(Continúa en la página 3)***

## **Derechos Individuales**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Por favor, póngase en contacto con la persona que aparece a continuación para obtener el formulario adecuado para el ejercicio de estos derechos.

Solicitar Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre divulgación de información de salud a su plan de salud para los servicios de salud o artículos pagados de su propio bolsillo en su totalidad, y nosotros (la entidad cubierta) deben cumplir con dicha solicitud.

Comunicaciones Confidenciales: Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, el envío de notificaciones a una dirección especial o no usar postales para recordarle sus citas.

Revisar y Obtener Copias: Usted tiene el derecho de inspeccionar u obtener una copia de su información de salud como sus registros médicos. Puede haber un pequeño cargo por las copias.

Todas las solicitudes para inspeccionar o copiar su información de salud deben ser por escrito. Podemos proporcionar una forma para que usted utilice. En ciertas circunstancias, podríamos rechazar su solicitud, pero si lo hacemos, le notificaremos por escrito la(s) razón(es) para la negación y explicaremos su derecho a que solicite que dicha negación sea revisada. Si conservamos la información electrónicamente y usted solicita una copia electrónica, se le dará una copia electrónica en la forma o formato que usted desee, si se puede proporcionar fácilmente en la manera solicitada (si no podemos proporcionar fácilmente la información de determinado formato, se lo proporcionaremos en el formato electrónico que acordemos). Usted nos puede pedir transmitir la copia directamente a otra persona si usted presenta una solicitud escrita y firmada que identifique a la persona a quien desea que la copia sea enviada y lugar de envío. Si usted solicita copias, podemos cobrarle un precio razonable por el costo de copiado, envío, suministros relacionados con la solicitud.

Modificar Información: Si usted cree que la información en su expediente es incorrecta, o si falta información importante, usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos la información existente o añadir la información que falta. Podemos negar su solicitud si consideramos que la información está exacta y completa. Si lo hacemos, se lo notificaremos por escrito sobre la razón de la negación y de su derecho a presentar una declaración de desacuerdo en relación a cualquier punto en su expediente que usted crea que está incompleto o que es incorrecto.

Registro de divulgaciones: Usted puede solicitar una lista de los casos en que hemos divulgado su información médica con fines distintos al de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o de aquellas que usted autorizó específicamente y para otras excepciones permitidas por la ley. Su solicitud debe ser por escrito, y una forma para este propósito se le puede proveer. La primera lista de divulgación solicitada en un año es gratis; si solicita listas adicionales después del primer año podemos cobrarle una tarifa.

Recaudación de fondos: Aunque improbable en serio, usted puede ser contactado para fines de recaudación de fondos, sin embargo, usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos tales con cada solicitud.

Notificación de Incumplimiento: Usted recibirá una notificación de cualquier incumplimiento de su PHI no segura.

Copia de Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted puede obtener una copia impresa de este Aviso o si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro centro médico. El aviso también está disponible en nuestro sitio web.

## **Nuestro Deber Legal**

Estamos obligados por ley a proteger y mantener la privacidad de su información de salud, para proporcionar este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información protegida de la salud, y para cumplir con los términos del aviso actualmente vigente.

## **Los cambios en las prácticas de privacidad**

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y publicaremos la nueva notificación en la sala de espera y todos los consultorios. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con la persona indicada abajo.

## **Quejas**

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre sus registros, usted puede contactar a la persona mencionada abajo. Usted también puede enviar una queja por escrito al Departamento de EE.UU. de Salud y Servicios Humanos. La persona que aparece a continuación le proporcionará la dirección apropiada bajo petición. Usted no será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

***(Continúa en la página 4)***

**Persona de Contacto**

Si tiene preguntas, solicitudes o quejas, por favor póngase en contacto con:

Nombre: Tonya Foreman  
Título: Privacy Officer, MPHD  
Dirección: 2500 Charlotte Avenue, Nashville, TN 37209  
Número de Teléfono: (615) 340-5677  
Fax: (615) 340-8565  
E-Mail: [tonya.foreman@nashville.gov](mailto:tonya.foreman@nashville.gov)

**(Fecha de vigencia: 12/2/2014, Rev: 4/15/2013, 8/28/2014, 8/24/2015)**



**Metro Departamento de Salud Pública de Nashville y el Condado Davidson**

**Clínicas de Salud Pública**

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD**

I, \_\_\_\_\_, Acuso recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad que me ha dado la Clínica.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**For Office Use Only:**

*Name of Clinic:* \_\_\_\_\_

*Person seeking acknowledgement:* \_\_\_\_\_ *Date:* \_\_\_\_\_

*If not signed, document good faith efforts to obtain acknowledgment:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_