

## **Revisión Efectiva el 23 de septiembre, 2013**

### **EL CENTRO DE CIENCIAS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE TENNESSEE HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CON CUIDADO.

#### **Comprendiendo la Información Sobre su Salud**

Cada vez que usted recibe servicios de salud del Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Tennessee (“UTHSC” por sus siglas en inglés), se hace una historia de su tratamiento. Esta historia contiene información sobre sus síntomas, sus exámenes, los resultados de pruebas, los medicamentos que usa, sus alergias y el plan para su cuidado. Referimos a esta información como su historia médica. Es una parte integral de la asistencia médica que le proveemos. Su historia médica contiene información personal de su salud y existen leyes estatales y federales que protegen la confidencialidad de su información médica. La ley “Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996/HIPAA” requiere que usted tiene noticia de sus derechos.

#### **Usos y Divulgaciones de su Información Médica**

##### **Usaremos su información para propósitos de tratamiento**

El personal del UTHSC involucrado en su tratamiento documentará información en su historia médica sobre su examen, el tratamiento que usted recibe, los resultados del tratamiento, y el tratamiento planeado para el futuro. Si usted fue remitido o mandado a UTHSC por otro médico, podemos mandarle copias de su historia médica al médico que le remitió para que ese doctor tenga información actualizada de su tratamiento.

Proveeremos copias de su historia médica a otros doctores o clínicas que le están tratando para ayudarles en su tratamiento.

Puede que también usemos su información médica para llamarle a usted y/o mandarle una carta para proseguir con resultados diagnósticos y para evaluar su satisfacción con los servicios proporcionados.

##### **Usaremos su historia médica para propósitos de pago**

Una cuenta se le mandará a usted o a su compañía de seguro médico. Puede que incluya información que le identifica, y que contenga sus diagnósticos, procedimientos, proveedores de servicios médicos y suministros usados en su tratamiento. También puede que contactemos su compañía de seguro médico para verificar si ellos pagarán su servicio como parte de su procedimiento de certificación.

### **Usaremos su historia médica para actividades relacionadas con su cuidado médico normal**

Puede que el personal del UTHSC revise su historia médica para evaluar el cuidado y los resultados de su caso y casos semejantes al suyo. El UTHSC es una institución de enseñanza y puede que usemos su historia médica en el proceso de educar y entrenar estudiantes y médicos residentes.

### **Su derecho a pedir restricciones en el uso y divulgación de su información médica**

Tiene usted el derecho de pedir por escrito una restricción en los usos y divulgaciones susodichos de su historia médica protegida en cuanto al tratamiento, pago y operaciones del cuidado médico; sin embargo, no estamos obligados a acceder a su pedido. Si accedemos al pedido, cumpliremos con su pedido a menos que la información se necesite para proveerle auxilios médicos de emergencia. Sin embargo, puede que terminemos el acuerdo en cualquier momento después de notificarle en escrito.

### **Otras Divulgaciones**

#### **Negocios asociados**

Hay algunos servicios proveídos en nuestra organización por contratos con negocios asociados y, en algunas situaciones, sus subcontratistas. Requerimos que el negocio asociado y los subcontratistas que utiliza protegen su información médica.

#### **Comunicación con otros involucrados en su cuidado**

Puede que le demos a un miembro de la familia, u otro pariente, amigo, u otra persona que usted identifica, ciertas partes de su historia médica que son relevantes al involucramiento de esa persona en su cuidado o el pago relacionado con su cuidado.

Su historia médica sólo se compartirá si usted está de acuerdo, o si no dice nada cuando tiene usted la oportunidad de expresar su desacuerdo, o si creemos, basados en la circunstancias y nuestro juicio que usted está de acuerdo.

Si usted está incapacitado o en una circunstancia urgente, puede que le demos a un miembro de la familia, u otro pariente, amigo, u otra persona que usted identifica, ciertas partes de su historia médica que son relevantes al involucramiento de esa persona en su cuidado o el pago relacionado con su cuidado.

#### **Investigación**

Bajo ciertas circunstancias, puede que usemos y divulguemos información de su historia médica para propósitos de investigación. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, serán sujetos a estar aprobados por un proceso diseñado para proteger la confidencialidad de su historia médica.

#### **Lo que la ley requiere**

Puede que divulguemos información bajo obligación de la ley a las siguientes entidades que incluyen:

- la Administración de Alimentaciones y Drogas (FDA)
- Salud Pública o autoridades legales encargdas de la prevención de enfermedades

- Instituciones penales
- Agentes de compensación del trabajador
- Organizaciones de la donación de órganos y tejidos
- Autoridades mandatorias del militar
- Agencias de supervisión de salud
- Medicare o Medicaid (si requieren la información para una investigación o un auditoría)
- Directores funerarios o médicos forenses
- Agencias de la seguridad nacional y de inteligencia
- Servicios protectores para el presidente y otros
- Agencias de orden público bajo obligación de la ley o de acuerdo a una citación válida
- Entes autorizadores
- Para evitar una amenaza seria al salud público o al salud y seguridad de una persona

### **Marketing**

El UTHSC **no** usará la información de su historia médica para propósitos de marketing o publicidad sin su permiso y autorización escrita.

Otros usos e información divulgada de su historia médica sólo se hará con su permiso y autorización escrita.

### **Derechos de pacientes**

Usted tiene el derecho a:

- Inspeccionar y obtener una copia de su historia médica dentro de sesenta días del pedido. Es posible que haya un cargo para cubrir los costos de hacer una copia (o física o electrónica) de su historia médica.
- Pedir una enmienda de su historia médica;
- Obtener una explicación de divulgaciones de su historia médica protegida hechas después del 14 de abril, 2003 para propósitos aparte del tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud;
- Pedir comunicación de su información médica en cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que le contactemos por correo y no por teléfono, o que le contactemos en un número de teléfono específico, o que usemos una dirección alternativa para las cuentas, o que no dejemos mensajes en ciertas máquinas de contestar. Comunicación por correo electrónico se proveerá sólo con el pedido en escrito indicando que usted comprende que el correo electrónico no es siempre una manera segura de comunicar;
- Revocar su autorización a usar o divulgar información de su salud excepto hasta el punto que la acción ya ha sido tomado; y
- Limitar divulgaciones a un plan de salud para servicios cuando los servicios hayan sido completamente pagados por cuenta propia por el paciente, un miembro de la familia o por otra persona.

### **Nuestras obligaciones**

Estamos obligados a:

- Mantener la confidencialidad de su información médica;

- Obtener autorización para el uso y la divulgación de notas de psicoterapia, marketing, y la venta de información médica protegida;
- Abstenernos de vender su información médica protegida sin su autorización personal escrita;
- Notificarle si haya ocurrido una violación de su información médica protegida;
- Proveerle con un aviso de nuestros deberes legales y nuestras prácticas de confidencialidad respecto a la información que recopilamos sobre usted a través de esta noticia;
- Seguir los términos del aviso que está en efecto;
- Notificarle en escrito si no podemos acceder a una restricción pedida;
- Cumplir con pedidos razonables que usted hace para comunicarse con usted como usted quiere, por ejemplo, contactarle a cierto número de teléfono o dirección;
- Proveerle con una copia en papel de este aviso de prácticas de confidencialidad a pedido; y
- Con pedido escrito, proveerle con una copia de su historia médica en formato electrónico y transmitir la copia directamente a otra persona designada por usted. Una copia electrónica puede estar adjunto a un correo electrónico que no requiere criptografía siempre y cuando usted haya sido avisado del riesgo de la transmisión de un documento no encriptado.

Para ejercer cualquier de los derechos susodichos o para hacer cualquier de los pedidos susodichos, su pedido **tiene que** estar escrito.

El UTHSC no tiene la obligación de actuar inmediatamente excepto en el caso de un pedido de una copia de su historia médica e investigaremos nuestras habilidades a cumplir con todos los pedidos antes de acceder al pedido.

**El UTHSC reserva el derecho de cambiar este Aviso de Prácticas de Confidencialidad y sus pólizas y procedimientos de las prácticas de confidencialidad en cualquier momento y de hacer los cambios efectivos para toda la información médica protegida creada o recibida antes de la nueva fecha efectiva y entonces mantenido por el UTHSC. Cualquier aviso revisado estará publicado en la sala de espera de nuestras clínicas y esfuerzos razonables se harán para avisarle a usted de los cambios en el aviso, las pólizas y los procedimientos en su próxima visita. También usted puede obtener una copia del aviso revisado a pedido.**

#### **Para más información o para denunciar un problema**

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos o deberes o de las prácticas y procedimientos del UTHSC en relación con la información protegida de su salud, favor de contactar la oficina apropiada del lugar donde usted recibió servicios.

Si usted cree que sus derechos de confidencialidad han sido o están siendo violados, usted puede presentar una denuncia por llamar el número del oficial de confidencialidad HIPAA del UTHSC: (901) 448-1700.

Usted puede presentar una denuncia con el Ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las denuncias deben estar presentadas por escrito en papel o electrónicamente y deben estar hechas dentro de 180 días de cuándo usted se dio cuenta (o debe de haberse dado

cuenta) del incidente que está denunciando. Por ley, usted no puede ser penalizado por presentar una denuncia.

Fecha Revisada—el 22 de septiembre, 2013