

# Aviso de Prácticas de Privacidad de Signature Health

## Nuestro deber de salvaguardar su información protegida de salud (PHI)

La información personalmente identificable acerca de su salud o padecimiento pasado, presente o futuro, la atención médica que se le brinde o el pago por la atención médica son considerados "Información protegida de salud" (PHI, por sus siglas en inglés). Estamos obligados a dar ciertas protecciones a su PHI y a darle este aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad que explican cómo, cuándo y por qué podemos divulgar su PHI. A excepción de una circunstancia específica, debemos utilizar o divulgar solo la PHI mínima necesaria para lograr el fin previsto del uso o divulgación.

La ley nos exige seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso, aunque nos reservamos el derecho de cambiar nuestra prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento.

## Cómo podemos utilizar y divulgar su Información protegida de salud (PHI)

Utilizamos y divulgamos la información de salud personal por varios motivos. Tenemos un derecho limitado a utilizar y/o divulgar su PHI para fines de tratamiento, pago y para nuestras operaciones de la atención médica. Debemos tener su autorización por escrito para los usos distintos a esos, a menos que la ley nos permita o nos exija utilizar o divulgar in su autorización. Si divulgamos su PHI a una entidad externa para que dicha entidad realice una función en nuestro nombre, debemos tener un acuerdo con la entidad externa que extenderá el mismo nivel de protección de privacidad a su información que nosotros debemos aplicarle a su PHI. Sin embargo, la ley dispone que tenemos permitido ciertos usos o divulgaciones sin su consentimiento o autorización. A continuación se describen y ofrecen ejemplos de los potenciales usos o divulgaciones de su PHI.

## Usos y divulgaciones relacionadas al tratamiento, el pago o las operaciones de la atención médica

Generalmente, podemos utilizar o divulgar su PHI del siguiente modo:

- **Para el tratamiento:** Podemos divulgar su PHI a los médicos, enfermeros y demás personal de atención médica que participa en su atención médica. Por ejemplo, se compartirá su PHI entre los miembros de su equipo de tratamiento o con el personal de la farmacia central. Su PHI también puede compartirse con entidades externas que realicen servicios auxiliares relacionados con su tratamiento, como pruebas de laboratorio, con fines de consulta, o con Consejos de alcohol, drogas y salud mental (ADAMH, por sus siglas en inglés) y/o agencias comunitarias de salud mental (CMH, por sus siglas en inglés) involucradas en la provisión o coordinación de su atención médica.
- **Para recibir pagos:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para facturar y cobrar los pagos por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos contactar a su empleador para verificar su situación laboral y/o divulgar partes de su PHI al programa Medicaid, agencias de cobros, la oficina central del Departamento de salud mental de Ohio (ODMH, por sus siglas en inglés), el consejo ADAMH/CMH local mediante el Sistema de datos de servicios de información comunitaria multiagencia (MACSIS, por sus siglas en inglés) y/o una aseguradora privada para recibir los pagos por servicios que nosotros le brindamos. Podemos divulgar información a la Oficina del Fiscal general para fines de recaudación.
- **Para las operaciones de la atención médica:** Podemos utilizar/divulgar su PHI en el curso de las operaciones de nuestra agencia. Por ejemplo, podemos utilizar su PHI para evaluar la calidad de los servicios proporcionados o divulgar su PHI a nuestro contador abogado para fines de auditoría. Como estamos en un sistema integrado, podemos divulgar su PHI al personal designado en otros centros o departamentos. También puede ser necesario que divulguemos su PHI a MACSIS y/o demás agencias estatales para determinar su elegibilidad para los servicios con financiación pública.
- **Recordatorios de citas:** A menos que nos proporcione instrucciones alternativas, podemos comunicarnos por los recordatorios de citas o material similar a su teléfono celular o de su casa.
- **Recaudación de fondos:** Podemos utilizar o divulgar cierta información de salud acerca de usted para contactarlo en un intento de recaudar fondos para apoyar a Signature Health y sus operaciones. Tiene el derecho a decidir no recibir comunicaciones de este tipo y le diremos cómo cancelarlas.

## Usos y divulgaciones de la PHI que requieren autorización

Para los usos y divulgaciones ajenos al tratamiento, pagos o para fines de operaciones estamos obligados a solicitar su autorización por escrito a menos que el uso o la divulgación entre en una de las excepciones que se detallan a continuación. Por ejemplo, la mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia, los usos y divulgaciones de la PHI para fines de comercialización y las divulgaciones que constituyen una venta de la PHI requieren su autorización por escrito.

También aplican protecciones de privacidad especiales para la información relacionada con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés), la información de tratamiento por abuso de alcohol y sustancias, y la información de salud médica. Esto significa que partes de este aviso pueden no aplicar a estos tipos de información ya que aplican requisitos de privacidad más estrictos.

Signature Health solo divulgará esta información según lo permita la legislación estatal y federal vigente. Si su tratamiento involucra esta información, puede contactar a nuestro Agente de privacidad para preguntar acerca de las protecciones especiales. Las autorizaciones para utilizar o divulgar la PHI puede revocarse en cualquier momento para evitar usos o divulgaciones en el futuro. No podemos retirar usos o divulgaciones de su PHI que ya hayamos realizado con su autorización.

## Usos y divulgaciones de la PHI que no requieren consentimiento ni autorización

La ley establece que podemos utilizar/divulgar su PHI sin consentimiento ni autorización en las siguientes circunstancias:

- **Cuando la ley lo exija:** Podemos divulgar la PHI cuando una ley exija que proporcionemos información acerca de presunto abuso, negligencia, violencia intrafamiliar o relacionada con presunta actividad criminal o en respuesta a una resolución judicial. También debemos divulgar la PHI a las autoridades que monitorean el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.
- **Para actividades de salud pública:** Podemos divulgar la PHI cuando estemos obligados a recopilar información acerca de enfermedades o lesiones o informar estadísticas vitales a la autoridad de salud pública.
- **Para actividades de supervisión de salud:** Podemos divulgar la PHI a nuestra oficina central, la agencia de protección y apoyo o demás agencias responsables de la supervisión del sistema de atención médica para tales fines como informar o investigar incidentes inusuales y supervisar el programa de Medicaid.
- **Para evitar amenazas a la salud y a la seguridad:** Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, podemos divulgar la PHI según sea necesario a las fuerzas policiales o demás personas que puedan prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daños a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de terceros.
- **Para funciones específicas del gobierno:** Podemos divulgar la PHI a programas de beneficios del gobiernos relacionados con la elegibilidad y la afiliación y pormotivos de seguridad nacional.
- **Para fines de investigación, auditoría o evaluación:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar la PHI para fines de investigación, auditoría o evaluación.
- **Para individuos fallecidos:** Podemos analizar la PHI relacionada con la muerte de un individuo si la legislación estatal o federal exige información para la recopilación de estadísticas vitales o peticiones acerca de la causa de muerte o a los forenses, examinadores médicos o directores de funerarias para que puedan desarrollar sus funciones.
- **Para fines de aplicación de la ley:** Podemos divulgar PHI a las fuerzas policiales. Por ejemplo, podemos hacer este tipo de divulgaciones en respuesta a una resolución judicial válida, una citación o una orden de detención; para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo o persona desaparecida o para denunciar un crimen cometido en las instalaciones.

## Acuerdo de atención médica organizada

Somos parte de un acuerdo de atención médica organizada llamado OCHIN. Una lista de los miembros actuales de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como nuestro socio comercial, OCHIN nos proporciona tecnología de informática y servicios relacionados a nosotros y a otros miembros de OCHIN. OCHIN también desarrolla actividades de evaluación y mejora de calidad en nombre de sus miembros. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones que participan para establecer los estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de registro de salud electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar la administración de remisiones de pacientes internas y externas. Signature Health Inc. puede compartir su información de salud personal con otros participantes de OCHIN o puede intercambiar información de salud solo cuando sea necesario para un tratamiento médico o para fines de operaciones de la atención médica del arreglo de atención médica organizada. Las operaciones de la atención médica pueden incluir, entre otras, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe.

La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente o futura así como la información detallada en las Normas de privacidad. La información, hasta el punto que se divulgue, se divulgará acorde con las Reglas de privacidad o cualquier otra legislación vigente según sea modificada eventualmente. Tiene el derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, la información puede que ya se haya proporcionado si usted lo permitió. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de las entidades a las cuales se divulgó su información.

Podemos participar en un intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) o más. Los HIE pueden compartir información médica electrónicamente para fines de tratamiento, pago y operaciones de la atención médica con otros participantes en los HIE. Los HIE permiten que sus proveedores de atención médica accedan y utilicen rápidamente la información médica necesaria para su tratamiento y otros fines legítimos. La adición de su información de salud a un HIE es voluntaria y está sujeta a su derecho de elegir dejar de participar. Si desea dejar de participar, contacte a nuestro Director de cumplimiento indicado a continuación.

## Sus derechos acerca de su PHI

Tiene los siguientes derechos relacionados con su información protegida de salud:

- **A solicitar restricciones en los usos/divulgaciones:** Tiene el derecho a solicitar que limitemos cómo utilizamos o divulgamos su PHI. Consideraremos su solicitud, pero no estamos obligados legalmente a conceder la restricción. Siempre que estemos de acuerdo con alguna restricción del uso o divulgación de su PHI, asentaremos el acuerdo por escrito y lo acataremos, a excepción de situaciones de emergencia. No podemos acordar a limitar los usos o divulgaciones exigidas por la ley.
- **A elegir cómo lo contactamos:** Tiene el derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Debemos aceptar su solicitud siempre que hacerlo no resulte razonablemente fácil.
- **A inspeccionar y solicitar una copia de su PHI:** A menos que el acceso a sus registros esté restringido por razones documentadas y claras, tiene el derecho a ver su información protegida de salud cuando lo solicite por escrito. No puede ver ni recibir una copia de la información recopilada o preparada para un procedimiento judicial o si sus solicitudes incluyen notas de psicoterapia. Responderemos su solicitud escrita antes de los 30 días. Si denegamos su acceso, le daremos razones por escrito de la denegación y explicaremos cómo solicitar una revisión de determinación. Si quiere copias de su PHI, puede imponerse un cargo por el copiado, dependiendo de las circunstancias. Tiene el derecho a elegir qué partes de su información desea copiar y acceder a información previa al costo de copiado.
- **A solicitar la enmienda de su PHI:** Si cree que hay un error o falta información en nuestro expediente de su PHI, puede solicitar por escrito que la modifiquemos o agreguemos a su expediente. Debe presentar la solicitud a nuestro Agente de privacidad. Responderemos dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. Si aceptamos su solicitud, le avisaremos y enmendaremos sus expedientes agregando la información en el registro. También le diremos a los terceros que deban saber acerca de los cambios en la PHI. Puede que deneguemos la solicitud. Cualquier denegación tendrá una declaración de nuestros motivos y explicará sus derechos a agregar a su PHI la solicitud y el denegación, junto con cualquier declaración que usted proporcione en respuesta a la denegación.
- **A saber qué divulgaciones se han realizado:** Tiene el derecho a recibir una lista detallando cuándo, a quién, por qué motivos y qué contenido de su PHI se ha divulgado para situaciones ajenas al tratamiento, al pago y a las operaciones; tanto a usted, a su familia o al directorio del centro o de acuerdo con su autorización escrita. La lista tampoco incluirá las divulgaciones realizadas por motivos de seguridad nacional, a las fuerzas policiales o centros penitenciarios o las divulgaciones realizadas antes de abril de 2003. Responderemos su solicitud escrita de dicha lista dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. Su solicitud puede estar relacionada a divulgaciones realizadas hasta seis años atrás. No habrá cargos por un máximo de una lista cada año. Puede haber cargos por solicitudes más frecuentes. Le informaremos de dichos costos antes de realizar los esfuerzos para cumplir su solicitud.

## Enmiendas a este aviso de pde privacidad

Podemos enmendar nuestra Política de privacidad y este Aviso eventualmente. De conformidad con la legislación vigente, publicaremos un aviso en Signature Health, Inc. donde se detallarán los cambios a la política y proporcionará la política actual a todos los pacientes activos, según lo exige la ley.

## Tiene el derecho a recibir este aviso

Tiene el derecho a recibir una copia en papel de este Aviso y/o una copia electrónica a pedido.

## Cómo presentar una queja acerca de nuestras prácticas de privacidad

Si cree que hemos violado sus derechos a la privacidad o no está de acuerdo con una decisión tomada respecto al acceso a su PHI, puede presentar una queja a la persona indicada a continuación. También puede presentar una queja a:

The Secretary of the U.S. Department  
of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW Washington D.C. 20201  
Línea gratuita: (800) 368-1019  
TDD Línea gratuita: (800) 537-7697

No tomaremos acciones de represalia contra usted si presenta dichas quejas.

## Persona de contacto para la información o para presentar una queja

Si tiene preguntas acerca de este aviso o alguna queja acerca de nuestras prácticas de privacidad, contacte al Agente de privacidad de Signature Health, Inc.:

Chief Compliance Officer  
4242 State Route 306,  
Kirtland, OH 44094  
(440) 578-8200 | sh-  
privacy@shinc.org