

nuestras instalaciones, en la base de registros de HHC/MCHD o en la hoja de ingreso. HHC/MCHD puede divulgar esta información a personas que lo preguntan a usted por su nombre, a menos que usted haya informado con anticipación al sitio / clínica que usted no desea mantener o divulgar esta información. Otro ejemplo, HHC/MCHD puede recibir citaciones u órdenes de la Corte pidiendo u ordenando la divulgación de su PHI por varias razones administrativas, judiciales o públicas. Estas divulgaciones incluyen, pero no están limitadas a, procedimientos en la corte, investigaciones legales, reporte de enfermedades y programas de prevención, abuso de menores e iniciativas negligentes, acciones de emergencia o desastre, actividades de salud pública y donación de órganos y tejidos. También está la información necesitada por funcionarios de investigación, examinadores médicos, directores de funerarias, militares, autoridades de veteranos, y oficiales federales para la protección de la seguridad nacional o personajes públicos. Aunque sea requerido a divulgar su PHI bajo algunos de estos motivos, HHC/MCHD hará todo lo posible para disminuir el riesgo de divulgaciones de su PHI, sin su autorización. HHC/MCHD solamente revelará la información mínima necesaria para cumplir con la solicitud.

#### **Personas Involucradas en su Cuidado**

HHC/MCHD puede utilizar y divulgar su PHI a un miembro de la familia, a otro paciente, a un amigo cercano, o a cualquier otra persona identificada y autorizada por usted, su PHI que sea relevante directamente a la actividad de esa persona con su cuidado u pago relacionado con el servicio médico. HHC/MCHD también puede utilizar o divulgar información médica relacionada con usted para notificar a aquellas personas, acerca de su ubicación, su condición general o su muerte. Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, que la divulgación de su historia médica sea prohibida a individuos que usted escoja, por ejemplo, un miembro familiar, otro paciente o un amigo personal.

#### **Presos y Personas Bajo Custodia**

HHC/MCHD puede divulgar el PHI suyo a alguna institución correccional u oficial de autoridad policíaca, que tenga su custodia. HHC/MCHD hará la divulgación solo si esta es necesaria: (a) para que le suministren cuidado médico; (b) para la salud y seguridad de otros; o (c) para la seguridad y seguridad de la institución correccional.

#### **Compensación a Trabajadores**

HHC/MCHD puede utilizar y divulgar su PHI hasta el punto que sea necesario, para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores y similares que proveen beneficios por heridas u enfermedades causadas en el trabajo.

#### **Cómo HHC/MCHD se comunicará con Usted.**

HHC/MCHD se puede contactar por teléfono o correo a su casa u oficina con el fin de recordarle sus citas y exámenes. HHC/MCHD le dejará mensajes en su máquina contestadora y su correo de voz. Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, que HHC/MCHD comunique su PHI solamente en cierta manera o a cierto sitio, si es razonable, HHC/MCHD cumplirá con su solicitud. Su solicitud debe afirmar específicamente cómo y donde desea ser contactado.

#### **Otros usos de la Información Médica.**

Otros usos y divulgaciones de su PHI no cubiertos en esta información o requeridos legalmente, se harán solamente con la autorización apropiada. Si usted nos autoriza para usar o divulgar la información médica; usted puede anular ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted cancela su permiso, HHC/MCHD no lo utilizará más adelante ni divulgará la información médica suya por las razones expuestas en su autorización escrita. A HHC/MCHD no le será permitido retirar información, utilizada o divulgada o retenida en nuestros archivos acerca del servicios que le suministramos, antes de su solicitud escrita.

#### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA.**

##### **Derecho a Pedir Restricciones/ Medios Alternos de Comunicación Confidencial**

Bajo ciertas circunstancias, usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, que HHC/MCHD restrinja el uso y divulgación de su PHI. Por ejemplo, usted le puede exigir a HHC/MCHD que no revele su PHI a algún miembro específico de su familia. Usted podría explicar: (a) qué información quiere limitar; (b) si usted quiere limitar el uso o la divulgación, o ambos; (c) a quien quiere que se le apliquen las limitaciones.

HHC/MCHD no está obligado a aprobar cualquier restricción. Sin embargo, si HHC/MCHD acepta, debemos cumplir la restricción, a menos que la información sea

necesaria para proveer tratamiento de emergencia. La restricción permanecerá en efecto por un año (1) desde la fecha que tal restricción es solicitada, a menos que se especifique de otra manera.

##### **Derecho de Acceso, Inspección y Copia**

Con alguna pocas limitadas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copia de su PHI. Para solicitar una inspección o copias, contacte al sitio de entrega apropiado. Su petición debe decir específicamente que PHI necesita inspeccionar o copiar. Si se le aprueba la solicitud, HHC/MCHD le cobrará un precio por los costos de copia y correo. Si HHC/MCHD le niega la petición, HHC/MCHD le explicará por escrito y le informará de cualquier derecho adicional que usted pueda tener.

##### **Derecho de Rectificación**

Con algunas excepciones, usted también tiene el derecho de solicitarle a HHC/MCHD alguna rectificación a su historia médica. Usted tiene este derecho mientras HHC/MCHD mantenga su PHI. Para solicitar una rectificación, usted debe contactar el sitio de entrega apropiado. Su petición debe explicar la rectificación deseada y explicar la razón para dicha corrección.(es). Si su petición es aprobada, HHC/MCHD le agregará la corrección apropiada e informará a los demás; si se necesita o requiere. Si HHC/MCHD niega su petición, HHC/MCHD le explicará por escrito y le informará de algunos otros derechos que usted pueda tener.

##### **Derecho a un Reporte de Cantidad de Divulgaciones**

Con algunas excepciones, usted tiene derecho a solicitar a HHC/MCHD una contabilidad de las divulgaciones de su PHI para propósitos diferentes de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Esto quiere decir: una lista de las divulgaciones de su PHI. La contabilidad puede extenderse hasta siete (7) años antes de la fecha cuando usted presentó la solicitud, pero no antes del 14 de Abril del 2003. la ley Federal no cubre la contabilidad de ciertas divulgaciones, incluyendo aquellas para tratamiento, pago, operaciones; y a instituciones conexas, agencias policiales, seguridad nacional o agencias de inteligencia.

Para solicitar una contabilidad de las divulgaciones, contacte la oficina apropiada. Su solicitud debe incluir una fecha de comienzo y una fecha de terminación del periodo en cuestión.

#### **Derechos y Obligaciones de HHC/MCHD referente a este Reporte de Practicas Privadas**

La Ley Federal obliga a HHC/MCHD a mantener la privacidad de su PHI y a proporcionarle a usted una copia de este Reporte de Procedimientos de Privacidad. HHC/MCHD esta obligado a cumplir con las normas del reporte actualmente en efecto. Mientras que HHC/MCHD se reserva el derecho de cambiar sus Informes de Procedimientos de Privacidad, la ley federal requiere que HHC/MCHD le notifique a usted de cualquiera y de todos los cambios al informe. Una copia de nuestro informe actual sobre Procedimientos de Privacidad será colocada y estará disponible en el Web site de HHC/MCHD en [www.hhc.org](http://www.hhc.org) y en las oficinas principales de HHC/MCHD en el Health and Hospital Corporation de Marion County, 3838 N. Rural Street, Indianapolis, IN 46205. usted puede obtener un copia del Reportes de Normas de Privacidad enviando una solicitud escrita a HHC/MCHD cuya información aparece más adelante.

#### **Quejas**

Si usted cree que su derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja a HHC/MCHD y a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para ello envíe a HHC/MCHD una queja escrita a la dirección que aparece más adelante. Su queja debe incluir una explicación detallada de las razones para presentarla. Para presentar una queja ante United States Secretary of Health and Human Services, remita su queja a Region V, Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 228 Michigan Ave, suite 240, Chicago, IL 60601.

Usted no será castigado por presentar una queja.

#### **Sitio de Contacto:**

Por cualquier razón para contactar a HHC/MCHD envíe su correspondencia a:  
HIPAA Privacy Officer  
Health and Hospital Corporation of Marion County  
3838 N. Rural Street, Suite 800  
Indianapolis, IN 46205  
Telefono 317-221-2005



**HEALTH AND HOSPITAL CORPORATION  
OF MARION COUNTY  
HEALTH DEPARTMENT**

**CORPORACION DE SALUD  
Y HOSPITALES DEL  
CONDADO MARION  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
CONDADO MARION**

## **INFORMACION SOBRE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD REFERENTES A LA HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE**

Efectivo: Febrero 16, 2004

**ESTE INFORME DESCRIBE COMO  
SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE  
SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y  
COMO USTED PUEDE TENER ACCESO  
A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR REVÍSELO  
CUIDADOSAMENTE.**

La Corporación de Salud y Hospitales del Condado Marion / Departamento de Salud Condado Marion (HHC/MCHD) protegerá la confidencialidad y la seguridad de la información médica que posee de usted como paciente. La información bajo protección incluye la información médica que lo identifica específicamente a usted como el paciente.

#### LA INFORMACION SOBRE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD REFERENTES A LA HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE, describe:

##### 1. Los derechos relacionados con su información médica protegida son:

- Usted tiene derecho a mantener confidencial su Información Médica Protegida (PHI)
- Usted tiene derecho, con algunas restricciones, a prohibir el uso de su Información Médica Protegida (PHI).
- Usted tiene el derecho, con algunas restricciones a tener acceso, revisar y obtener copias de su Información Médica Protegida (PHI).
- Usted tiene derecho a un reporte de las veces que su Información Médica Protegida (PHI) ha sido divulgada, excluyendo aquellas destinadas planes de pago de tratamiento u operaciones sobre cuidados médicos.
- Usted tiene el derecho a presentar quejas, si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

##### 2. Compromiso y promesa de HHC/MCHD de proteger sus derechos:

- La Información Médica Protegida (PHI) estará resguardada de divulgación y/o utilización según lo definido por el Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA). Además, se tendrán en cuenta las restricciones específicas que usted solicite y que se hayan aprobado.

##### 3. Cómo y Cuando puede ser utilizado o divulgado su HHC/MCHD:

- Para proporcionar, coordinar o manejar sus cuidados médicos por HHC/MCHD, u otros proveedores de cuidados tales como médicos, enfermeras, hospitales, Clínicas de Salud ubicadas en las escuelas y otros sitios de salud involucrados en su atención médica.
- Para el pago de su tratamiento, servicios y artículos, que usted pudiera recibir.
- Para el uso explícito por parte de HHC/MCHD con el fin de evaluar las operaciones comerciales internas.
- Para divulgaciones específicas requeridas o permitidas legalmente. HHC/MCHD divulgará solamente lo mínimo para cumplir con la solicitud.

- Para proporcionar su Información Médica Protegida (PHI) a personas, autorizadas por usted, involucradas con su cuidado o con el pago del mismo.
- Para proporcionar su Información Médica Protegida (PHI) a instituciones comerciales o a oficiales de conexión, si usted está bajo su custodia.
- Para proporcionar su Información Médica Protegida (PHI), hasta el punto que sea necesario, para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores y similares, que proporcionen beneficios por heridas o enfermedades relacionadas con el trabajo.

#### Como comunicarse con nosotros:

Para cualquier asunto concerniente con sus derechos de privacidad, por favor escribanos a: HIPAA Privacy Officer  
Health and Hospital Corporation of Marion County  
3838 N. Rural Street, Suite 800  
Indianapolis, IN 46205  
Telephone 317-221-2005

#### INFORMACION SOBRE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD REFERENTES A LA HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Efectivo: Febrero 16, 2004

#### ESTE INFORME DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

The Health and Hospital Corporation of Marion County/Marion County Health Department (HHC/MCHD) verdaderamente valora la protección de confidencialidad y seguridad de la información médica (PHI) que HHC/MCHD obtiene de usted. Este informe le explica como HHC/MCHD puede utilizar y revelar su PHI. PHI significa cualquier información médica cuya identificable individualmente, la cual se relaciona con su pasado, presente o futuro tratamiento médico o pago por servicios médicos, o sobre la cual exista una base razonable para creer que esa información se pueda usar para identificarlo a usted.

Este informe también le enseñará acerca de sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a su PHI. Además, este informe sobre Procedimientos de Privacidad le dirán como presentamos alguna queja si usted cree que HHC/MCHD ha violado sus derechos de privacidad PHI.

#### NUESTRA PROMESA REFERENTE A LA INFORMACION MEDICA:

Comprendemos que la información médica acerca de usted y su salud es muy personal. Estamos comprometidos a proteger esa información médica personal. Todos los reportes de cuidados médicos y servicios que usted recibe de HHC/MCHD, se necesitan para proporcionarle calidad en el servicio y para cumplir con ciertos requisitos legales. Nuestra promesa se aplica a todos los registros de los servicios generados por HHC/MCHD.

#### QUIEN ESTA OBLIGADO POR ESTE INFORME?

Este Informe de Procedimientos de Privacidad describe los procedimientos de HHC/MCHD así como también los de:

Cualquier profesional de cuidados médicos autorizado para tener acceso o para crear información médica en el HHC/MCHD; Todas las divisiones, departamentos y unidades de HHC/MCHD;

Todos los miembros de grupos de voluntarios a quienes les permitimos asistir mientras usted está en las instalaciones de HHC/MCHD; Todos los empleados, personal, estudiantes, en entrenamiento y otro personal trabajando con HHC/MCHD; Personal médico y profesionales de cuidados médicos autorizados para suministrar atención médica en nombre de la Universidad de Indiana, Escuela de Medicina, el Grupo de Cuidados Médicos Primarios de la Universidad de Indiana, el Grupo de Cuidados Médicos Especiales de la Universidad de Indiana, La Escuela de Enfermería de la Universidad de Indiana. Todos los profesionales proveedores de cuidados médicos autorizados en nombre de los Servicios de Salud de Wishard, incluyendo Wishard Hospital, Middtown Mental Health Center, Lockfield Village Rehabilitation and Health Care Center, todos los centros comunitarios de salud y de cualquier otro sitio en donde Wishard Health Services proporcione sus servicios.

Todas las entidades sitios y localizaciones antes mencionados, se han comprometido a cumplir los términos y condiciones de este Informe sobre Procedimientos de Privacidad. Además, estas entidades sitios y localizaciones pueden compartir su PHI entre ellas y con HHC/MCHD para el tratamiento, pago y operaciones de cuidados médicos de HHC/MCHD: tal como se describe en este Informe de Procedimientos de Privacidad.

#### COMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA:

##### Tratamiento

HHC/MCHD puede utilizar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o manejar sus cuidados médicos y servicios relacionados ofrecidos por HHC/MCHD y otros proveedores de cuidados de salud. HHC/MCHD puede divulgar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, hospitales y otras instalaciones de salud que estén involucradas en su cuidado, y clínicas ubicadas en las escuelas u otro personal oficial en las escuelas que están envueltos en la coordinación del cuidado de niños o continuidad de cuidado cuando sea necesario.

HHC/MCHD puede consultar con otros proveedores de cuidados médicos referentes a usted y como parte de la consulta, compartir su PHI con ellos. Igualmente, HHC/MCHD puede recomendarlo a usted a otro proveedor de cuidados médicos y como parte de tal recomendación, compartir la información médica suya con tal proveedor. Por ejemplo, HHC/MCHD puede decidir que usted necesita los servicios de un médico especializado. Cuando HHC/MCHD lo recomienda a usted a tal médico, HHC/MCHD le proporcionará; la información médica solicitada y considerada necesaria para su tratamiento con tal médico. El personal de HHC/MCHD también puede utilizar y divulgar su PHI con el fin de recordarle a usted acerca de una cita, un examen anual o el re-despacho de una receta médica.

##### Pago

HHC/MCHD puede utilizar y divulgar su PHI con el fin de recibir el pago por su tratamiento, servicios y artículos que se le den. Esto puede incluir el enviarte a usted el cobro, a la compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, HHC/MCHD puede verificar si usted recibió cierto tratamiento(s). También, a HHC/MCHD le pueden exigir entregar detalles referentes a su tratamiento (s) para determinar si sus beneficios cubren o pagan su tratamiento(s). HHC/MCHD puede trabajar con programas del gobierno tales como Medicaid o Medicare, y suministrarlos con información acerca de su condición médica para determinar si ese programa lo cubre a usted. HHC/MCHD también puede divulgar su PHI para lograr el pago de terceros que puedan ser responsables de ciertos costos. HHC/MCHD también puede contactar a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted va a recibir, para obtener primero la aprobación del mismo.

#### Transacciones Comerciales sobre Cuidados de Salud.

HHC/MCHD para sus propias operaciones financieras, puede utilizar y divulgar información médica relativa a usted. HHC/MCHD puede utilizar y revelar su PHI para evaluar y mantener la calidad de los servicios que se le dan a usted. HHC/MCHD puede también utilizar su PHI para estudiar métodos para manejar mejor nuestra organización y suministrar servicios más adecuados en precio para los clientes de HHC/MCHD. Por ejemplo, HHC/MCHD puede divulgar su PHI para organizaciones de auditoría externa para evaluar los servicios suministrados y asegurar el cumplimiento con los estándares más altos de la industria.

#### Servicios y Beneficios Relacionados con la Salud

HHC/MCHD puede utilizar y divulgar la información médica para informarle a usted los beneficios o servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, HHC/MCHD puede tener un nuevo programa, tratamiento o clase alternativa, la cual será de beneficio para usted.

#### Socios Comerciales

Un socio comercial es una agencia externa, organización o individuo, que realizan un trabajo para HHC/MCHD, utilizando PHI; por ejemplo, agencias de cobros, servicios de copia y compañías de manejo de archivos. Nosotros divulgamos solamente la PHI necesaria y le exige al socio comercial el cuidado apropiado de su PHI.

#### Investigación

Bajo ciertas circunstancias, HHC/MCHD puede utilizar y divulgar su PHI con fines de investigación; por ejemplo, proyectos de investigación que involucren a pacientes con problemas específicos de salud o con medicinas específicas. Bajos estas circunstancias, ningún PHI que lo pudiera identificar a usted directamente sería utilizado o divulgado sin la autorización requerida.

#### Divulgación Requerida o Permitida Legalmente

Bajo ciertas circunstancias, a HHC/MCHD se le exigirá o permitirá legalmente divulgar su PHI a autoridades locales, estatales o federales; además, HHC/MCHD puede incluir su nombre, condición general y su localización dentro de