

# Notice of Privacy Practices



*Effective Date:*

4/2003; Revisado June 2012

***THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.***

Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a este aviso, por favor llame al

**Responsabilidad Corporativa al 1-800-233-4955**

## **Definiciones**

**Aviso de Prácticas de Privacidad (El aviso)** – un aviso por escrito en cumplimiento con los requisitos de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por su sigla en inglés), que The Physician Network pone a disposición de un paciente o representante personal en la primera prestación de servicio, o en la siguiente visita del paciente tras una modificación del Aviso, el cual describe los usos y las divulgaciones de información médica protegida que puede hacer The Physician Network y los derechos del paciente y las obligaciones legales de The Physician Network con respecto a la información médica protegida.

**Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)** – la información médica que puede identificarse individualmente y es transmitida o mantenida en cualquier forma o medio, incluidos medios electrónicos. La información médica protegida no incluye registros de empleo en posesión de The Physician Network en su rol de empleador.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad conjunto describe las prácticas de privacidad de nuestras instalaciones que conforman la entidad cubierta afiliada (ACE, por sus siglas en inglés) de The Physician Network, que incluye The Physician Network, Nebraska Specialty Network LLC y Lincoln Physician Network LLC. En este aviso se hará referencia a estas entidades en forma conjunta con los términos The Physician Network, nosotros, nos, nuestro/a o nuestros/as.

The Physician Network, miembro afiliado de las Iniciativas Católicas de Salud (CHI, por sus siglas en inglés), y otros miembros afiliados de CHI participan en un Arreglo Organizado de Atención Médica (OHCA, por sus siglas en inglés) a fin de compartir información médica para administrar actividades operativas conjuntas. Se encuentra disponible una lista completa de los miembros afiliados de CHI en [www.catholichealthinitiatives.org](http://www.catholichealthinitiatives.org). Puede obtenerse una copia en papel si se solicita. Las organizaciones incluidas en el OHCA de CHI pueden usar y revelar su información médica para brindar tratamiento o coordinar pagos u operaciones de atención médica para los miembros afiliados, como la administración del sistema de información

integrada, servicios financieros y de facturación, seguro, mejoramiento de calidad y actividades de gestión de riesgos.

## **CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

***Para tratamiento.*** Usaremos su información médica para brindarle tratamiento de atención médica y para coordinar o administrar los servicios con otros proveedores de atención médica, incluso con terceros. Podemos revelar toda su información médica, o una parte de ella, al doctor que lo está atendiendo, a doctores de consulta, enfermeras, técnicos, estudiantes de la profesión médica o al personal de atención médica o de otro establecimiento que tenga una necesidad legítima de obtener tal información a fin de atenderlo a usted. Diferentes departamentos del establecimiento compartirán su información médica a fin de coordinar los servicios de atención médica que usted necesite, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. Podemos revelar su información médica a familiares o amigos, a tutores o a representantes personales que participen en su atención médica. También podemos usar y revelar su información médica para contactarlo/a y recordarle citas y para darle información sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento y otros beneficios y servicios relacionados con la salud. También podemos revelar su información médica a personas ajenas a la institución que tal vez participen en su atención médica después de que usted se vaya del establecimiento, como otros doctores que participen en su atención, hospitales de especialidades, instalaciones de atención de enfermería especializada, y otros servicios relacionados con la atención médica.

***Para pago.*** Usaremos su información médica para actividades que son necesarias a fin de recibir el pago por nuestros servicios, como determinación de la cobertura del seguro, facturación, pagos y cobranzas, administración de reclamos y procesamiento de datos médicos. Por ejemplo, le podemos informar a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted está planeando a fin de recibir aprobación o determinar si su plan pagará o no el tratamiento propuesto. Podemos revelar su información médica a otros proveedores de atención médica para que puedan recibir el pago de los servicios que le brindaron a usted, como su doctor personal y otros doctores que participen en su atención médica como un anestesiólogo, patólogo, radiólogo o médico de urgencias y servicios de ambulancia. También le podemos proporcionar su información a otros terceros u otras personas que son responsables de pagar su atención médica, como el asegurado indicado en la póliza de salud, que recibirá un explicación de los beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) para todos los beneficiarios cubiertos dentro del plan del asegurado.

***Para operaciones de atención médica.*** Podemos usar y revelar su información médica para operaciones rutinarias del establecimiento, como actividades de planificación y desarrollo de negocios, revisión de calidad de los servicios brindados, auditoría interna, acreditación, certificación, otorgamiento de licencias o credenciales (incluido el otorgamiento de licencias o credenciales para profesionales de atención médica), investigación y educación médica para el personal y estudiantes, evaluación de su satisfacción con nuestros servicios, y para otras entidades de atención médica que tengan una relación con usted y necesiten la información para propósitos operativos. Podemos usar y revelar su información médica a agencias externas responsables por supervisar las actividades de atención médica, como La Comisión Conjunta, organizaciones externas de aseguramiento de la calidad y de revisión entre colegas y organizaciones que otorgan credenciales. También podemos revelar información médica a socios comerciales que hayamos contratado para brindar servicios para nosotros o en nuestra

representación, como organizaciones de encuestas de satisfacción del paciente. También podemos revelar su información médica a fabricantes de aparatos médicos o compañías farmacéuticas a fin de que esas compañías cumplan con sus obligaciones legales ante las agencias estatales y federales.

***Futuras comunicaciones.*** Podemos comunicarnos con usted a través de boletines informativos u otros medios con respecto a opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas para el control de enfermedades, programas de bienestar y otras iniciativas o actividades comunitarias en las cuales participa nuestra institución.

***Actividades de recaudación de fondos.*** Podemos usar o revelar su información médica a una fundación relacionada con nosotros para los esfuerzos de recaudación de fondos de **[Insert CHI entity]**. Estos fondos se usarían para ampliar y mejorar los servicios y programas que brindamos a la comunidad. Solamente daríamos a conocer información como su nombre, dirección, número telefónico y las fechas que usted recibió tratamiento o servicios de nosotros. Si no desea que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, debe notificar a la Fundación que le proporcionó este material verbalmente o por escrito, indicando que no desea recibir la información. Estas fundaciones incluyen Saint Elizabeth Foundation, atención: Hammack Donna, 6850 L Street Suite 100, Lincoln, Nebraska 68510, teléfono: (402) 219-7074, St. Francis Foundation, atención: Claire Aguilar, 2620 Oeste Faidley Avenue, Grand Island, Nebraska 68803, teléfono: (308) 398-5400, y Good Samaritan Foundation, atención: Leslie Bollwitt, P.O. Box 1810, Kearney, Nebraska 68848-1810, teléfono: (308) 865-2700.

***Investigación.*** Podemos utilizar y revelar su información de salud a investigadores, tanto cuando usted autorice el uso y la divulgación de información médica, o la Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad de Saint Elizabeth, Good Samaritan o St. Francis apruebe la exención de autorización para el uso y la divulgación de información médica para un estudio de investigación.



***Donación de órganos y tejidos.*** Si usted es un donador de órganos, podemos dar a conocer su información médica a organizaciones que coordinan la obtención y el trasplante de órganos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.



### **USOS Y DIVULGACIONES REQUERIDAS O PERMITIDAS POR LA LEY**

***Con sujeción a los requisitos de las leyes federales, estatales y locales, se nos exige o se nos permite informar su información médica para varios propósitos. Algunos de estos requisitos y permisos para informar incluyen:***

***Actividades de salud pública.*** Podemos revelar su información médica a funcionarios de la salud pública para actividades relacionadas con la prevención o el control de enfermedades contagiosas, bioterrorismo, heridas o discapacidad; para informar nacimientos y fallecimientos; para informar sospechas de abuso o descuido de niños, personas de la tercera edad o cónyuges; para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos; para reportar

información a los Centros del Control de Enfermedades o a registros de cáncer nacionales o estatales a fin de que la incluyan en el total de sus datos.

***Esfuerzos de alivio de desastres.*** Podemos revelar su información médica a una entidad que está ayudando en un esfuerzo de auxilio a víctimas de desastres, como a la Cruz Roja Americana, para que se le pueda informar a su familia acerca de su estado y ubicación.

***Actividades de supervisión médica.*** Podemos revelar su información médica a una agencia de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley. Tales agencias incluyen los Centros federales para Servicios de Medicare y Medicaid y las juntas directivas médicas o de enfermería del estado. Estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y autorizaciones, y son necesarias para que el gobierno controle actividades tales como los tratamientos de atención médica y los gastos, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

***Procedimiento judicial o administrativo.*** Podemos revelar su información médica en respuesta a una orden legal administrativa o judicial, una citación, una petición para exhibición de pruebas en un juicio, procedimientos civiles o penales u otro proceso legal.

***Aplicación y cumplimiento de la ley.*** Podemos dar a conocer su información médica si un funcionario de la policía nos lo pide o si tenemos la obligación legal de notificar a las autoridades policiales u otras agencias que correspondan:

- en respuesta a una orden del juez, una citación, una orden judicial, un citatorio o un proceso legal similar;
- con relación a una víctima o la muerte de una víctima de un delito en circunstancias limitadas;
- en circunstancias de emergencia para informar un delito, la ubicación o víctimas del delito, o la identidad, descripción o ubicación de una persona que se supone que ha cometido un delito, incluidos delitos que puedan ocurrir en nuestras instalaciones, como robo, desvío de medicamentos o intentos de obtener medicamentos ilegalmente.

***Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias.*** Podemos dar a conocer información médica a un juez de instrucción o médico forense. Esto puede ser necesario para identificar a una persona que murió o para determinar la causa de su muerte. Podemos dar a conocer información médica para ayudar al director de una funeraria a cumplir con sus obligaciones.

***Indemnización por enfermedades o accidentes laborales.*** Podemos dar a conocer su información médica para los beneficios de la indemnización por enfermedades o accidentes laborales o programas similares que brindan beneficios en caso de heridas o enfermedades relacionadas con el trabajo si usted nos dice que el seguro de indemnización por enfermedades o accidentes laborales es el pagador de su(s) visita(s). Su empleador o la compañía de seguros encargada de dicha indemnización puede solicitar el expediente médico completo que sea pertinente para su reclamo de indemnización por enfermedades o accidentes laborales. Este

expediente médico puede incluir detalles relacionados con sus antecedentes de salud, los medicamentos que está tomando actualmente y los tratamientos.

***Para impedir una amenaza grave a la salud o seguridad.*** Podemos revelar su información médica cuando sea necesario para impedir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público.

***Seguridad nacional.*** Podemos revelar su información médica a funcionarios federales para actividades de seguridad nacional y para la protección del Presidente u otros altos funcionarios estatales.

***Militares y veteranos.*** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos dar a conocer su información médica cuando lo exijan las autoridades del mando militar. También podemos dar a conocer información médica sobre personal extranjero del ejército a las autoridades apropiadas del ejército extranjero.

***Presos.*** Si usted está preso en una institución correccional o bajo la custodia de las autoridades policiales, podemos dar a conocer su información médica a la institución o a dichas autoridades. Esta divulgación sería necesaria para que la institución le brinde a usted atención médica, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas, o por motivos de seguridad de la institución correccional.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Su información médica se usará o revelará de otras maneras no cubiertas por este aviso o las leyes que rigen para nosotros solamente con su autorización en escrito. Si usted nos da la autorización para usar o revelar su información médica, usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Cuando recibamos su revocación por escrito, ya no usaremos ni revelaremos su información médica para los fines relacionados con esa autorización. Sin embargo, no podemos recuperar ninguna divulgación ya hecha basándonos en su autorización previa.



### **ESTE AVISO NO SE APLICA A LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD**

Servicios de salud para empleados proporcionados por el Departamento de Salud Laboral de The Physician Network, servicios de salud ocupacional prestados por Company Care LLC, diversos servicios de salud comunitarios, como ferias de bienestar y controles de presión arterial.



***EJEMPLO:*** Si usted quiere obtener servicios para hacerse un examen de salud de detección exigido por el empleador, este aviso no se aplica a usted por esos servicios.

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

**Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:**

***Derecho a revisar la información y recibir una copia.*** Tiene el derecho de revisar su información médica y recibir una copia de los registros médicos, de facturación y de otros tipos que se puedan usar para tomar decisiones sobre su atención. El derecho de revisar y recibir una copia no se aplica a las notas de psicoterapia que se mantienen separadas de su historia clínica.

Su solicitud para revisar y recibir una copia de su información médica debe presentarse por escrito. Podemos cobrar un arancel por las solicitudes de documentos a fin de cubrir los costos de copiar y enviar la información, así como de otros suministros.

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de revisar o recibir una copia de su información médica. Si a usted se le niega el acceso a su información médica, puede solicitar que se revise ese rechazo. Un profesional de atención médica con licencia escogido por The Physician Network revisará su solicitud y el rechazo. La persona que realice la revisión no será la misma persona que rechazó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

***Derecho a que se modifique la información.*** Tiene el derecho de solicitar que se modifique la información médica que usted cree que es incorrecta o está incompleta.

Presente su solicitud por escrito e incluya la razón de la modificación mediante nuestro formulario de "Solicitud de Modificación de la PHI" formulario y envíelo al Gerente del consultorio en el que recibió los servicios.

Podemos rechazar su solicitud de modificación si no la presenta por escrito o si no incluye una razón para sustentar su petición. También podemos rechazar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que :

- no fue generada por The Physician Network a menos que la persona o entidad que generó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- no es parte de la información médica guardada por The Physician Network o para esta entidad;
- no es parte de la información que a usted se le permitiría revisar o copiar; o
- es exacta y completa.

***Derecho a recibir una rendición de cuentas sobre las divulgaciones.*** A nosotros se nos exige mantener una lista de las divulgaciones de su información médica. Sin embargo, no se nos exige que mantengamos una lista de las divulgaciones que hemos hecho basándonos en sus autorizaciones previas por escrito.

Presente su solicitud por escrito mediante nuestro formulario de "Solicitud de rendición de cuentas sobre divulgaciones de la PHI" y envíelo al Gerente del consultorio en el que recibió los servicios. Su solicitud debe indicar un período de tiempo no mayor de seis años a partir de la

fecha de la solicitud. *Se le proporcionará la lista de las divulgaciones en papel.* La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. En el caso de listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le informaremos el costo correspondiente y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud antes de incurrir costos.

***Derecho a solicitar restricciones.*** Tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de cuánta información médica usamos o revelamos con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar una restricción de la divulgación de su información médica a alguien que participe en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo.

*No se nos exige aceptar su solicitud.* Sin embargo, en caso de estar de acuerdo con ella, cumpliremos con su petición a menos de que la información se necesite para brindarle un tratamiento de emergencia.



Presente su solicitud por escrito o pida y presente un formulario de "Solicitud de restricciones para usar o divulgar información de salud protegida" y envíelo al Gerente del consultorio en el que recibió los servicios. Debe incluir una descripción de la información que desea restringir, si desea restringir el uso, la divulgación o ambos y a quién desea que se aplique la restricción.

***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.*** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de sus asuntos médicos de una cierta manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que solamente lo contactemos en un lugar alternativo que no sea la dirección de casa, por ejemplo en su trabajo, o que solamente lo contactemos por correo en vez de por teléfono. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. No exigimos que indique una razón para su solicitud. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables.

***Derecho a recibir una copia de este aviso en papel.*** Tiene el derecho de recibir una copia de este aviso en papel. Si aceptó recibir este aviso por medios electrónicos, de todos modos tiene el derecho a recibir una copia de este aviso en papel. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier tiempo.



Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con el Gerente del consultorio en el que recibió los servicios, o puede comunicarse con el de Responsabilidad Corporativa, The Physician Network, 2000 Q Street Suite 500, Lincoln, Nebraska 68503, 1-800-233-4955, o bien puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, [www.thephysiciannetworkonline.com](http://www.thephysiciannetworkonline.com).

## **CAMBIOS A ESTE AVISO**



Nos reservamos el derecho de modificar este aviso y de hacer que el aviso revisado o modificado se aplique a la información de salud que ya tenemos sobre usted y a cualquier información que podamos recibir en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestro establecimiento y en nuestra página web (si corresponde): [www.thephysiciannetworkonline.com](http://www.thephysiciannetworkonline.com). El aviso

contendrá la fecha de vigencia. Cuando realice su registro inicial o ingrese a nuestras instalaciones para recibir tratamiento o servicios de salud como paciente interno o externo, le ofreceremos una copia del aviso que esté en vigencia en ese momento. Cada vez que se revise el aviso, estará a su disposición a pedido.

## **QUEJAS**

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted cree que no hemos cumplido con nuestras prácticas de privacidad.



Puede presentar una queja ante nosotros llamando al Responsabilidad Corporativa al 1-800-233-4955.

Si presenta una queja, no tomaremos ninguna medida en su contra ni cambiaremos nuestro modo de tratarlo en ningún aspecto.