

2350 W. El Camino Real
Mountain View, CA 94040
www.pamf.org

Aviso de Prácticas de privacidad

Número de teléfono del Oficial de privacidad:
650-853-5375

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información de salud y cómo usted puede obtener acceso a esta información. **Sírvase revisarlo cuidadosamente.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia impresa o electrónica de su registro médico

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia impresa o electrónica de su registro médico y de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los siguientes 30 días después de recibir su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable, basado en el costo.

Solicitarnos corregir su registro médico

- Puede solicitarnos que corriamos la información de salud sobre usted que considere que está incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir que “no” a su solicitud, pero le indicaremos los motivos por escrito dentro de los siguientes 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada manera (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección distinta.
- Le diremos que “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos limitar lo que utilizamos o compartimos

- Usted puede solicitar que no utilicemos o compartamos determinada información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y le podemos decir que “no” si esto pudiera afectar su atención.
- Si usted paga totalmente un servicio o un artículo de atención médica como desembolso directo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito del pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos que “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtener una lista de las personas a quienes les hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que lo solicita, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos solicitó que hiciéramos). Proporcionaremos un informe al año sin costo, pero cobraremos un cargo razonable basado en el costo si solicita otro dentro de los siguientes 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa inmediatamente.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien un poder legal médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y que pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna medida.

Presentar una queja si considera que se violan sus derechos

- Usted puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos al comunicarse con nosotros utilizando la información en la página 1.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus decisiones

Para determinada información de salud, nos puede indicar sus decisiones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Indíquenos qué desea que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y puede decidir indicarnos que:

- compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- compartamos información en una situación de desastre
- incluyamos su información en un directorio del hospital

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave o inminente a la salud o a la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos proporcione su permiso por escrito:

- fines de mercadeo
- venta de su información
- compartir la mayoría de las notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no nos comuniquemos nuevamente con usted. Si recibe una comunicación de recaudación de fondos, se le indicará cómo excluirse. Si decide no recibir las comunicaciones de recaudación de fondos en Palo Alto Medical Foundation usted puede continuar recibiendo comunicaciones de recaudación de fondos de otros afiliados de Sutter Health. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de esos afiliados en cualquier momento. Usted tiene derecho a revocar su elección de excluirse de estas comunicaciones si cambia de opinión y desea empezar a recibir la información de recaudación de fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo utilizamos o compartimos generalmente su información de salud?

Generalmente, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Para tratarle

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le están tratando.

Ejemplo: Un médico que le atiende por una lesión le pregunta a otro médico acerca de su condición de salud general.

Para dirigir nuestra organización

Podemos utilizar y compartir su información de salud para dirigir nuestro consultorio, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos la información de salud sobre usted para manejar su tratamiento y los servicios.

Palo Alto Medical Foundation es un afiliado de la red de Sutter Health. Podemos autorizar a Sutter Health a utilizar su información de salud para apoyar las funciones comerciales, financieras y clínicas necesarias. Ejemplos de estas funciones pueden incluir: auditar nuestros procedimientos clínicos, analizar nuestros costos de la atención médica, hacer arreglos para encuestas de satisfacción del paciente, realizar recaudación de fondos y determinar la necesidad para nuevos servicios de atención médica

Para facturar sus servicios

Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de los planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?

Se nos permite o requiere que compartamos su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como investigación y salud pública. Debemos cumplir muchas condiciones de acuerdo a la ley antes de compartir su información con estos fines.

Para obtener más información consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con problemas de seguridad y salud pública

Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones como:

- prevención de enfermedades
- ayuda con productos retirados
- informes de reacciones adversos a los medicamentos
- denuncia de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o la seguridad de alguien

Realizar investigaciones

Podemos utilizar o compartir su información para la investigación médica.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted, si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un examinador médico o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando fallece una persona.

Abordar la compensación de los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:

- para los reclamos de la compensación de los trabajadores
- para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley
- con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- para las funciones especiales del gobierno tales como militares, de seguridad nacional y servicios de protección al Presidente

Responder a las demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a un citatorio.

Asociados comerciales

Hay algunos servicios proporcionados en su organización a través de contratos con los asociados comerciales. Los ejemplos incluyen transcripción de su registro médico, encuestas de satisfacción del paciente, y una copia de los servicios que utilizamos cuando hicimos las copias de su registro de salud. Cuando los asociados comerciales contratados proporcionan servicios, podemos divulgar las partes apropiadas de su información de salud a ellos de manera que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que realicen. Sin embargo, a nuestros asociados comerciales también se les requiere por ley que protejan su información.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información protegida de salud.
- Le haremos saber inmediatamente si ocurre una violación que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las prácticas de privacidad y obligaciones que están descritas en este aviso y brindarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información excepto como se describe aquí a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos indica que sí podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud en todos nuestros centros y en nuestro sitio web.

Fecha de vigencia de este aviso: 23 de septiembre de 2013