



Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODRÍA USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ELLA. **POR FAVOR LÉALO CON ATENCIÓN.**

Centro Medico del Turabo, Inc. d/b/a Grupo HIMA San Pablo está comprometido a proteger la privacidad de su información médica, de acuerdo a los requisitos de la Oficina de Derechos Civiles. De hecho, estamos obligados por ley a cumplir con los términos del Aviso, actualmente en vigor, y de entregarle una copia en la que se describe nuestros deberes legales y prácticas relacionadas a su información médica.

GRUPO HIMA San Pablo incluye el Centro Médico del Turabo, Inc. (Hospitales, Centros Ambulatorios, Red Médica, CEPA, Mediko, HIMA Health y Nova Infusión) y JOCAR, Inc. que incluye a HIMA Ambulance e HIMA Pharmacies. Para el resto de este Aviso, "GHSP" se referirá a todos los servicios, áreas de servicios, socios de negocios y empleados de GRUPO HIMA San Pablo.

A. PROPÓSITO DE ESTE AVISO.

Este Aviso le indica cómo GHSP usa y divulga la información médica que usted nos ha dado o que hemos obtenido mientras usted es o fue paciente en nuestro sistema. También le indica sobre nuestra responsabilidad hacia usted y cómo podemos o no, usar su información médica.

Nota: Cuando usamos las palabras "su información médica" nos referimos a cualquier información que nos haya entregado acerca de usted y su salud, así como también la información que hemos recopilado mientras estuvo bajo nuestro cuidado (incluyendo la información médica entregada a GHSP o por aquellos GHSP externos).

GHSP acatará este Aviso de Prácticas de Privacidad y cualquier cambio futuro al Aviso que se nos requiera o se nos autorice hacer por ley. Tenemos derecho a cambiar este Aviso y a poner en vigor el Aviso revisado o modificado para la información médica que ya tenemos de usted, así como también cualquier información que podamos recibir en el futuro. Contaremos con una copia del Aviso actual con fecha de vigencia en los centros clínicos y en nuestro Portal Web en <http://www.himapr.com>.

Las prácticas de información médica que se mencionan en este Aviso serán acatadas en todos los hospitales, clínicas y otros centros de GHSP. Esto incluye las prácticas de:

- Todos los empleados de GHSP, médicos, voluntarios, estudiantes, residentes, internos, socios de negocios y proveedores de servicios que tienen acceso a la información de salud.

- Cualquier profesional de la salud/ empleado que esté autorizado a ingresar información en los registros médicos de GHSP.
- Cualquier profesional de la salud que no pertenezca a GHSP que pudiera tener acceso a su información médica, ya sea creada o guardada por GHSP, como resultado de, por ejemplo, la cobertura de un médico a otro médico para los profesionales de la salud de GHSP.

Las personas previamente mencionadas compartirán su información médica entre sí con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico, como se describe a continuación en este Aviso.

B. USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE CUIDADO MÉDICO EN GHSP.

1. Tratamiento, Pago y Operaciones de Cuidado de la Salud. La siguiente sección describe las distintas maneras en las que usamos y divulgamos información médica para tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico. Para cada una de estas categorías, explicamos lo que queremos decir y ofrecemos uno o más ejemplos. No se describirán todos los usos o divulgaciones y es posible que existan divulgaciones incidentales que son el resultado de los usos y divulgaciones mencionados. La forma en la que usemos y divulguemos la información médica caerá dentro de una de las siguientes categorías.

a. Para Tratamiento. Es posible que usemos su información médica para proporcionarle servicios médicos, entre otros. Podríamos divulgar su información de salud a médicos y otro tipo de personal involucrado en su cuidado. Posiblemente que también divulguemos su información médica a estudiantes y médicos internos/residentes quienes, como parte de sus programas educacionales en GHSP (y bajo supervisión de médicos) están involucrados en su cuidado. El tratamiento incluye (a) actividades realizadas por personal de enfermería, oficina, técnicos y otro tipo de profesionales del cuidado de la salud que le proporcionen cuidado a usted o que coordinen o manejen su cuidado con terceros, (b) consultas a y entre proveedores de GHSP y otros proveedores de cuidado médico y (c) actividades de proveedores que no pertenecen a GHSP u otros proveedores que cubran una práctica de GHSP por teléfono o que trabajen como el proveedor de turno. Por ejemplo, es posible que un médico que le trate por una infección necesite saber si usted tiene otros problemas de salud que pudieran complicar su tratamiento. Ese proveedor podría usar su historial médico para decidir cuál es el mejor tratamiento para usted. Podrían también comentarle a otro proveedor acerca de su condición para que el o ella pueda determinar el mejor tratamiento para usted.

b. Para Pago. Es posible que usemos y divulguemos su información médica para que le facturemos y cobremos a usted, a su compañía de seguro o a alguien más por los servicios de cuidado médico que haya recibido de GHSP. También pudiéramos informar a su plan médico acerca del tratamiento que usted recibirá, para obtener una aprobación previa, o para determinar si su plan pagará el tratamiento. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan médico información acerca de una cirugía a la cual fue sometido en una facilidad de GHSP para que su plan de salud nos pague o le reembolse por dicha intervención.

c. Para Operaciones de Cuidado de Salud. Es posible que usemos y divulguemos su información de salud con el fin de ejecutar las funciones administrativas, educativas, de control de calidad, de servicios legales y comerciales necesarias en GHSP. Por ejemplo, es posible que usemos su

información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal al cuidar de usted. Es posible que también usemos información médica de los pacientes para ayudarnos a decidir qué otros servicios debiéramos ofrecer, cómo podemos mejorar la eficiencia o si ciertos tratamientos son eficaces. Es posible que entreguemos información de salud a médicos, enfermeras, técnicos o estudiantes de la profesión médica para revisiones, análisis u otros propósitos de enseñanza y aprendizaje.

2. Circunstancias Especiales. El tratamiento, pago y las operaciones del cuidado de la salud en GHSP incluyen los usos y divulgaciones en las circunstancias que se mencionan a continuación.

a. Recordatorios de Citas. Cabe la posibilidad que usemos y se divulgue su información médica para comunicarnos con usted, como recordatorio que tiene una cita para tratamiento o servicios. Cuando el envío de esta comunicación consiste en una remuneración económica, se le notificará de tales comunicaciones a través del proceso de autorización.

b. Alternativas a Tratamientos y Productos y Servicios Relacionados con la Salud. Es posible que usemos y divulguemos su información médica con el propósito de permitir que alguien se comuniquen con usted para informarle acerca de posibles opciones o alternativas de tratamiento o para darle a conocer productos o servicios relacionados que podrían ser de su interés. Por ejemplo, un proveedor de GHSP podría comunicarse con usted para entregarle información acerca de un servicio de salud que podría beneficiarle, después que se le dé de alta del hospital. Cuando el envío de esa comunicación consiste en una remuneración económica, se le notificará de tales comunicaciones a través del proceso de autorización.

c. Actividades de Recaudación de Fondos. Es posible que usemos y divulguemos internamente una cantidad limitada de su información médica a través de GHSP y sus fundaciones. La información médica divulgada para estos propósitos de recaudación de fondos incluirá su nombre, dirección, número telefónico y fechas en las cuales recibió servicio en GHSP. Cualquier comunicación con propósitos de recaudación que reciba de GHSP o de sus fundaciones incluirá la información sobre lo que debe hacer si ya no desea recibir ninguna comunicación de GHSP en relación con la recaudación de fondos. Usted puede optar en cualquier momento por darse de baja de cualquier comunicación de recaudación de fondos en la que su información protegida de salud deba ser usada o revelada.

Nota: Si el enviar o compartir cualquier comunicación o información envuelve remuneración financiera, GHSP buscará autorización del individuo antes de compartir cualquier comunicación o información.

3. Usos y divulgaciones que usted puede limitar.

a. Directorio del Hospital. A menos que nos notifique que lo objeta, podríamos incluir cierta información acerca de usted en el directorio del hospital a fin de responder a preguntas de amigos, familiares, clero y otros que pregunten acerca de usted mientras sea paciente del hospital. Específicamente, es posible que su nombre, ubicación dentro del hospital y su condición general (por ejemplo, bien, aceptable y demás.) sean divulgados a personas que pregunten por usted. En adición, es posible que revelemos su afiliación religiosa a miembros del clero como un sacerdote o un rabino, incluso si no preguntan por su nombre.

b. Familiares y Amigos. A menos que nos notifique que lo objeta, es posible que le entreguemos su información médica a individuos, como parientes y amigos, que estén involucrados en su cuidado o que puedan ayudar a pagar por su cuidado médico. Cabe la posibilidad que hagamos

esto si usted nos autoriza a hacerlo o si usted tiene conocimiento de que estamos compartiendo su información médica con estas personas y usted no nos lo impide. También es posible que haya circunstancias en las que podamos asumir, según nuestro juicio profesional que usted no objetaría. Por ejemplo, es posible que asumamos que usted está de acuerdo con nuestra divulgación de información a su cónyuge si él o ella ingresan con usted a la sala de examen durante el tratamiento.

Además, si usted no es capaz de aprobar u objetar las divulgaciones, posiblemente se las hagamos a un individuo en particular (como un miembro de la familia o amigo), que creamos sea el más conveniente para usted y la persona más relacionada e involucrada en su cuidado. Por ejemplo, podemos decirle a alguien que lo acompaña a la sala de emergencias que usted ha sufrido un ataque cardíaco y proveerle la última información acerca de su condición. Podríamos también hacer juicios profesionales tomando en cuenta sus mejores intereses para permitir que otra persona reciba las recetas de medicamentos, suministros médicos y radiografías entre otros.

c. Notas de Psicoterapia. La mayoría de los usos y revelaciones de las notas de psicoterapia cuando sea apropiado, requieren su autorización.

d. Venta de PHI. Su PHI no será vendida por ninguna remuneración económica o remuneración no financiera sin su autorización. Excepciones al requisito de autorización para los casos en que el objetivo del intercambio sea:

1. Para actividades de salud pública descritas en la Regla de Privacidad HIPAA;
2. Para la investigación, donde la única retribución percibida por la entidad cubierta es una tarifa razonable basada en el costo para cubrir el costo de preparar y transmitir el PHI para tales fines;
3. Para tratamiento y pago;
4. Para la venta, transferencia, fusión o consolidación de la totalidad o parte de la entidad afectada y la debida diligencia relacionada;
5. Para o por BA para las actividades que se compromete el BA en nombre de la entidad cubierta, si la única remuneración es proporcionada por la entidad cubierta a el BA por su desempeño de tales actividades (o divulgaciones a o por un subcontratista, si la única remuneración es proporcionado por el BA al subcontratista);
6. Proporcionar una persona con acceso a su PHI; y
7. Para otros fines permitidos por y de acuerdo con los requisitos aplicables de la Regla de Privacidad, donde la única retribución percibida por la entidad cubierta es una tarifa razonable basada en el costo para cubrir el costo de preparar y transmitir el PHI para tal fin, o una tarifa que sea expresamente permitido por otra ley.

C. OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS DE LA INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD.

Es posible que usemos o divulguemos su información médica sin su permiso en las siguientes circunstancias, sujetas a todos los requisitos y restricciones legales aplicables:

1. **Mandato por Ley:** Según lo requiera la ley federal, estatal o local.
2. **Riesgos para la Salud Pública:** Por razones de salud pública, a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o para informar acerca de nacimientos, decesos,

sospecha de abuso o abandono, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.

3. **Actividades de Supervisión Médica:** A una agencia de supervisión médica para propósitos de auditoría, investigaciones, inspecciones, licencias o según sea necesario a ciertas entidades de gobierno para supervisar el sistema del cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
4. **Demandas y Disputas; Agencias Policiacas:** En respuesta a una citación o a una orden judicial o administrativa, si usted se encuentra involucrado en una demanda o en una disputa o en respuesta a una orden judicial, citación, mandamiento o requerimiento judicial o a un proceso similar, si es que la agencia policial le pide hacerlo.
5. **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Para un médico examinador o médico forense (según sea necesario, por ejemplo, para identificar una persona fallecida o determinar la causa de la muerte) o para un director de funeraria, según sea necesario para permitirle realizar sus actividades.
6. **Donación de Órganos y Tejidos:** Para organizaciones que manejan la obtención el trasplante de órganos, ojos o tejidos o para un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante.
7. **Investigación:** Para propósitos de investigación bajo ciertas circunstancias limitadas. Los proyectos de investigación se encuentran sujetos a un proceso de aprobación especial. Por lo tanto, no usaremos ni divulgaremos la información médica para propósitos de investigación hasta que el proyecto de investigación en particular para el cual se use o divulgue la información médica, haya sido aprobado a través de este proceso de aprobación especial.
8. **Amenaza Seria a la Salud o Seguridad; Ayuda en caso de Desastre:** Para la o las organizaciones/individuos apropiados cuando sea necesario (i) para prevenir una amenaza seria para su salud y seguridad o la del público o de otra persona o (ii) para notificar a los familiares o personas responsables por usted en una tarea de ayuda en caso de desastre.
9. **Militares y Veteranos:** Según lo requiera el mando militar u otra autoridad gubernamental para obtener información sobre un miembro de las fuerzas armadas nacionales o extranjeras.
10. **Seguridad Nacional; Actividades de Inteligencia; Servicio de Protección:** Para los oficiales de inteligencia federal, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional que autorice la ley, entre ellas las actividades relacionadas con la protección del presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o personas relacionadas con el desarrollo de investigaciones especiales.
11. **Fondo del Seguro del Estado:** Para su patrono a través del programa de indemnización a los trabajadores u otro programa similar de lesiones relacionadas al trabajo.
12. **Reclusos:** Para una institución correccional (si usted es un recluso) o un oficial de una agencia de la Policía (si usted está bajo custodia de esa persona) según sea necesario (a)

para que la institución le proporcione atención médica; (b) para proteger su salud y seguridad o la de otras personas; o (c) para la seguridad de la institución correccional.

D. CUANDO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN ESCRITA.

Excepto para los propósitos identificados anteriormente en las secciones B y C, no usaremos ni divulgaremos la información médica para ningún propósito a menos que usted nos entregue una autorización específica por escrito para hacerlo. Si usted nos da autorización, usted la puede retirar por escrito en cualquier momento. Para retirar la autorización, envíe por correo o fax una revocación a GHSP Oficina de Cumplimiento Corporativo, PO Box 4980, Caguas, Puerto Rico 00726-4980; Fax: (787) 961-4539 y esta información se canalizará a la instalación correspondiente. Si revoca la autorización, no usaremos ni divulgaremos más la información médica según lo permita la autorización por escrito, excepto hasta el punto en el que ya hayamos confiado en su autorización.

E. SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Usted tiene ciertos derechos respecto a su información médica, los mismos se indican a continuación. En cada uno de estos casos, si desea ejercer sus derechos, usted debe hacerlo por escrito completando un formulario que puede obtener en el Departamento de Manejo Información de Salud de GHSP, en cada una de las instalaciones que correspondan. Si un individuo solicita una copia de la información médica confidencial o está de acuerdo con un resumen o explicación de la información, **la facilidad "entidad cubierta" puede imponer una tarifa razonable, basada en el costo, siempre que la tarifa incluye sólo el costo de:**

(i) Copia, incluyendo el costo de los suministros y el trabajo de copiar la información de salud protegida solicitada por el individuo;

(ii) Franqueo, cuando el individuo ha solicitado que la copia o el resumen o explicación, sea enviada por correo.

El proveedor no puede negarle a usted una copia de su expediente porque no haya pagado por los servicios que ha recibido.

Puede obtener información acerca de cómo ejercer sus derechos y de todos los costos que le podamos cobrar por los materiales, comunicándose con el Director de Cumplimiento Corporativo en las Oficinas de GHSP al 787-653-3434 ext. 1061 o vía email a cumplimiento@himapr.com.

1. **Derecho a Revisar y Obtener Copias.** Con algunas excepciones, usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de la información médica que utilizamos para tomar decisiones acerca de su cuidado. De la porción de su expediente médico que mantenemos en nuestro registro médico electrónico, usted puede solicitar que la información relacionada con usted le sea proporcionada en un formato electrónico. Si lo solicita, tenemos la obligación de proporcionarle electrónicamente esa información (a menos que deneguemos su solicitud por otros motivos). Tenemos la facultad de negarle la solicitud de revisar y/o obtener copias en ciertas circunstancias limitadas y si así lo hiciéramos, usted puede pedir que se revise la negación.

2. **Derecho a Enmendar.** Tiene derecho de enmendar la información médica guardada por o para GHSP o que GHSP haya usado para tomar decisiones acerca de usted. Podremos requerirle que provea la razón para la solicitud, y podemos negarle la solicitud de enmienda si no es entregada debidamente o si nos solicita que enmendemos información que (a) nosotros no creamos, (a menos que la fuente de información ya no esté disponible para realizar la enmienda); (b) no sea parte de la información médica que guardemos; (c) sea de un tipo que no se le permita revisar ni obtener copias o (d) ya sea exacta y esté completa.
3. **Derecho a una Entrega de Divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una lista y descripción de algunas divulgaciones de su información médica que haya realizado GHSP.
4. **Derecho a Solicitar Restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted (a) para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud o (b) a alguna persona que esté involucrada en su atención o en el pago de ella, como un familiar o amigo o (c) a un plan médico para propósitos de pago u operaciones de cuidado médico cuando usted haya pagado por el total que cobró el proveedor de servicios médicos por el artículo o servicio. Por ejemplo, usted podría solicitar que no usemos o divulguemos información sobre una cirugía a la que se le haya sometido, una prueba de laboratorio o un dispositivo médico que le hayan recetado para su cuidado. Exceptuando la solicitud que se indica en el inciso 4(c) anterior, no estamos obligados a aceptar su solicitud. En cualquier momento que GHSP acepte dicha restricción, debe ser por escrito y firmado ya sea por el Oficial de Cumplimiento de GHSP, el Vicepresidente Senior de la División Legal o su representante asignado.
5. **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted cuando se trate de asuntos médicos de una manera o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitarnos que únicamente nos pongamos en contacto con usted en su trabajo o a través del correo.
6. **Derecho a Obtener una Copia en Papel de este Aviso.** Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso, habiendo o no acordado anteriormente recibirlo por medios electrónicos.
7. **Derecho a ser Notificado(a) de Infiltración de Información Protegida de Salud No Asegurada.** Usted tiene derecho a ser notificado(a) de infiltración de información protegida de salud no asegurada en nombre de la entidad cubierta o un asociado de negocio en acuerdo con el Acta HITECH (siglas en inglés, "Healthcare Information Technology for Economic and Clinical Health").

F. PREGUNTAS Y RECLAMOS

Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, por favor comuníquese con el Oficial de Cumplimiento Corporativo de GHSP al (787) 653-3434 ext. 1061 o por correo electrónico a cumplimiento@himapr.com. Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted puede presentar un reclamo directamente a las Oficinas de Cumplimiento Corporativo de GHSP al (787) 653-3434 ext. 1061 o a través de nuestra Línea de Cumplimiento al (877) 876-7654 o a través del "website" a <https://himapr.alertline.com>. Usted también tiene el derecho de

presentar una queja con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Este aviso le informa cómo podemos usar y compartir información sobre su salud. Si desea una copia de la notificación GHSP, consulte a su proveedor de cuidado médico o de uno de nuestros empleados de admisión o de registro.

Nuestra Política de Privacidad está disponible en inglés y español en nuestro sitio web <http://www.himapr.com>.

For English: This Privacy Policy Notice is available in English from your medical provider or from our admission or registration employees. This Notice is also available in English and Spanish on our website at <http://www.himapr.com>.

Referencia: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2002-title45-vol1/pdf/CFR-2002-title45-vol1-sec164-520.pdf>

Efectivo el 23 de julio del 2013