

## **NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Siouxland Community Health Center  
1021 Nebraska St.  
Sioux City, IA 51105  
<https://slandchc.com>  
Teléfono Del Oficial De Cumplimiento: (712) 202-1038  
Correo Electrónico: [mnitz@slandschc.com](mailto:mnitz@slandschc.com)

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACION MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISAR CON CUIDADO.**

### **SUS DERECHOS**

**Usted tiene derecho a:**

- Obtener una copia electrónica en papel de su historial médico
- Corregir su historial médico electrónico o de papel
- Solicitar información confidencial
- Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

**Vea las páginas 3 y 4** para más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos

### **SUS OPCIONES**

**Usted tiene algunas opciones en la forma en que se utiliza y como compartimos la información:**

- Compartir información con su familia y amigos acerca de su condición.
- Proveer alivio en caso de una catástrofe.
- Proveer cuidado de salud mental
- Propósitos de mercado o venta de su información.
- Recaudación de fondos

**Vea la pagina 4** para mas información sobre estos derechos y como ejercerlos

### **NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES**

**Podemos utilizar o compartir su información médica:**

- Tratamiento
- Dirigir nuestra organización
- Facturar por sus servicios
- Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad
- Realizar investigaciones medicas
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director funerario
- Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

**Vea la pagina 4 y 5** para más información sobre estos derechos y como ejercerlos

**SUS DERECHOS: Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

**Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico**

Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.

Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

**Solicitar que corrijamos su historial médico**

Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piense que es incorrecta o que sea incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.

Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

**Solicitar comunicaciones confidenciales**

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.

Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

**Solicitar que limitemos lo que compartimos**

Puede solicitar que **no** utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.

Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

**Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

**Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

**Elegir a alguien que actúe en su nombre**

Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella **para** persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con **si** nosotros por medio de la queja información de la página 1.

Puede presentar una queja la oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU mandando una carta al 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

**SUS OPCIONES: Para cierta información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.** Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.

Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

*Incluyamos su información en un directorio hospitalario. Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

**En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

Propósitos de mercadeo.

Venta de su información.

La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

**En el caso de recaudación de fondos:**

Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

**NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES: ¿Cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

**Tratamiento**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*

**Dirigir nuestra organización**

Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

**Facturar por sus Servicios**

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

*Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

---

**Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

---

**Realizar investigaciones médicas**

Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

---

**Cumplir con la ley**

Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

---

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos

---

**Trabajar con un médico forense o director funerario**

Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

---

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir su información médica en reclamos de compensación de trabajadores, a los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad, con agencias de supervisión sanitaria para las actividades por ley, funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

---

**Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

---

**Información con protección adicional**

Ciertos tipos de información médica protegida se concede una protección adicional bajo la ley federal o estatal. El estado de Iowa ofrece una mayor protección a información de salud acerca de la salud mental y el VIH / SIDA, y ambos Iowa y la ley federal proporcionar una mayor protección para el alcohol y abuso de sustancias. Nosotros seguimos todas las leyes estatales y federales que requieren mayores límites a las divulgaciones y no vamos a compartir estos registros sin su permiso por escrito.

---

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES:**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE USO DE**

**SUSTANCIAS:** Los siguientes estatutos y reglamentos federales, 42 U.S.C. § 290dd-2 y 42 C.F.R. La Parte 2 (colectivamente, "Parte 2") protege la confidencialidad de los registros de los pacientes acerca de los pacientes que reciben diagnóstico, tratamiento o derivación para un trastorno por uso de sustancias de un programa de la Parte 2. Si está recibiendo tratamiento por abuso de drogas o alcohol, es posible que no reconozcamos que está recibiendo tratamiento o que divulgue fuera de nuestra organización que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias, excepto en circunstancias limitadas. Podemos divulgar sus registros de pacientes sobre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias al recibir una autorización o un consentimiento válido por escrito. Podemos divulgar sus registros de pacientes sobre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias sin su consentimiento por las siguientes razones:

- La divulgación está permitida por una orden judicial;
- La divulgación se hace al personal médico en la medida necesaria para una emergencia médica;
- La divulgación se realiza para investigación científica, auditoría o evaluación según lo permitido por la Parte 2;
- La divulgación se realiza en relación con la sospecha de comisión de un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal;
- La divulgación se hace en relación con la denuncia de sospecha de abuso o negligencia infantil; y
- La divulgación se realiza a una persona o entidad que ha celebrado una organización de servicio calificado o un acuerdo de socio comercial con nosotros.

Si ha prestado su consentimiento a la divulgación de sus registros de pacientes sobre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias a sus "proveedores tratantes" u otra designación general, puede solicitar una lista de las entidades a las que se ha divulgado su información. Su solicitud debe ser por escrito y estar limitada a las divulgaciones realizadas en los últimos dos años. Comuníquese con el Departamento de registros médicos al 712-202-1057 si desea realizar esta solicitud.

La violación de la ley y las regulaciones federales por un programa Parte 2 es un delito. Las sospechas de violaciones se pueden informar al fiscal de los Estados Unidos en el distrito judicial donde se produce la violación.

Northern District of Iowa  
U.S. Attorney's Office  
Ho-Chunk Building, Suite 670  
600 4th Street  
Sioux City, IA 51101  
712-255-6011

Las sospechas de violaciones relacionadas con los programas de tratamiento con opioides pueden realizarse para:

SAMHSA Center for Substance Abuse Treatment  
5600 Fishers Lane  
Rockville, MD 20857  
240-276-1660

**INFORMACIÓN GENERAL:**

Para obtener más información, visite:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://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 pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

*Fecha de vigencia: 1 de enero de 2013*

*Actualizado: 6 de junio de 2016; 19 de julio de 2018*

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento al (712) 202-1038 o [mnitz@slandchc.com](mailto:mnitz@slandchc.com)