

## SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que nosotros mantenemos sobre usted.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar que limitemos los usos o la divulgación de su información médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud y podemos decir "no" si esto afecta su cuidado. Si paga por un servicio o algo relacionado con su atención médica en su totalidad y de su bolsillo, usted puede pedirnos que no compartamos esa información para fines de pago o con su aseguradora. Nosotros diremos "sí" a menos que la ley nos exija compartir esa información. Cualquiera de las partes puede poner fin a la restricción en cualquier momento.

### **Derecho de recibir comunicación confidencial.**

Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o enviar un correo a una dirección diferente. Nosotros diremos que "sí" a todas las solicitudes razonables.

### **Obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico**

Usted puede solicitar ver u obtener una copia de su registro médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto. Le proporcionaremos un resumen o una copia de sus registros, generalmente dentro de los 30 días después de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

**Derecho a enmendar.** Usted puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que crea que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

### **Derecho a un informe de las divulgaciones**

Usted puede solicitar una lista (informe) de las veces que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicitó, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado médico y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos solicite que hagamos). Proporcionaremos un listado gratis al año, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses siguientes.

### **Derecho a ser notificado de una fuga de información**

Usted tiene el derecho a ser notificado en el evento de que ocurra una fuga de información que involucre su información protegida de salud.

### **Derecho a una copia de este aviso**

Usted puede obtener una copia de papel aunque haya acordado recibir una copia electrónica. Una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad actual será publicada en las áreas de recepción.

Una copia del aviso actual también será publicada en nuestro sitio web, [www.CabarrusHealth.org](http://www.CabarrusHealth.org).

En cualquier momento, usted también puede obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actual contactando al Oficial de Privacidad, Alianza de Salud de Cabarrus, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081.

## NUESTRAS OBLIGACIONES

**Por lo general, la ley nos exige mantener la privacidad sobre su información médica** y proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica. Estamos obligados a cumplir con los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que estén en vigor en ese momento.

### **Nuestro derecho a cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.**

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso de Prácticas de Privacidad. Nos reservamos el derecho de hacer que las nuevas disposiciones de avisos entren en vigencia para toda la información médica que mantenemos, incluida la creada o recibida por nosotros antes de la fecha de vigencia del nuevo aviso.

### **Quejas**

Usted puede presentar una queja ante nosotros y ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Para presentar una queja ante nosotros, comuníquese con el **Oficial de Privacidad, Alianza de Salud de Cabarrus, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081**. Para presentar una queja ante el gobierno federal: **Region IV Office for Civil Rights, US Dept of Health and Human Services, Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth St. SW, Atlanta, GA 30303-8909.** No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

### **Preguntas e información**

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con el Oficial de privacidad, Alianza de Salud de Cabarrus, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081 Tel: 704-920-1000.

## INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nosotros suministramos información de atención médica cuya a intercambios de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) en los que participamos.

HIE es una base de datos de información de salud donde otros proveedores de atención médica que lo atienden pueden tener acceso a su información médica desde donde se encuentren, si son miembros del HIE. Estos proveedores pueden incluir sus médicos, centros de enfermería, agencias de atención domiciliaria u otros profesionales médicos que lo atienden fuera de nuestras prácticas. Si no desea que su información médica sea compartida en el HIE y compartido con los proveedores de atención médica que son miembros de este, puede optar por no participar visitando los siguientes sitios: <https://hiea.nc.gov/patients/yourchoices> (NC HealthConnex HIE) y

[www.CareConnectCarolinas.com](http://www.CareConnectCarolinas.com), luego siga las instrucciones sobre cómo procesar un formulario de exclusión voluntaria. Tenga presente que si opta por no participar, es posible que sus proveedores no tengan la información más reciente sobre usted, lo que puede afectar su cuidado. Siempre puede optar por participar en una fecha posterior visitando [www.CareConnectCarolinas.com](http://www.CareConnectCarolinas.com) o <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>.

Si es menor de 18 años, tenga en cuenta que NC HIEA no procesará su opción de exclusión a menos que su padre/madre o tutor legal haya firmado su formulario de exclusión voluntaria, o usted haya sido emancipado. Si es menor de edad y recibe tratamiento para (i) enfermedades venéreas y otras enfermedades que se reportan, (ii) embarazo, (iii) abuso sustancias controladas o alcohol, y (iv) alteración emocional, NC HIEA permite a los proveedores no enviar datos pertenecientes a esos tratamientos a NC HealthConnex.

Hable con su proveedor de atención médica para ver si puede solicitar que esta información no sea divulgada a NC HealthConnex. Ver N.C.G.S. 90-21,5

(El consentimiento del menor es suficiente para ciertos aspectos médicos servicios) y 145 C.F.R. §164.502 de HIPAA. Es importante tener en cuenta que los propios proveedores están obligado a no divulgar esta información a un padre, madre o tutor legal a menos que sea médicamente necesario.



### **AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**Vigente: abril 14, 2003**  
**Revisado: Septiembre 23, 2013**  
**Revisado: Mayo 21, 2015**  
**Revisado: Mayo 1, 2017**  
**Revisado: Septiembre 18, 2018**  
**Revisado: Ago. 13th 2019**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

La Alianza de Salud de Cabarrus reúne y mantiene información médica acerca de usted y la ley exige que protejamos la privacidad de su información médica. Nosotros estamos obligados a brindarle este Aviso de Prácticas de Privacidad.

## CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usamos y divulgamos información médica sobre usted para varios fines. Cada uno de esos fines se describe a continuación.

### Para tratamiento

Podemos utilizar su información médica para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica y servicios relacionados tanto por nosotros como por otros proveedores de atención médica. Podemos divulgar información médica sobre usted a los médicos, enfermeras, hospitales y otros establecimientos de salud que están involucrados en su cuidado. Por ejemplo, podemos consultar sobre su cuidado con otros proveedores de salud y como parte de la consulta, compartiremos su información médica con ellos. Del mismo modo, podemos remitirlo a otro proveedor de atención médica y como parte de la remisión, compartir su información médica con ese proveedor.

### Para pagos

Podemos usar y divulgar su información médica para que nos paguen por los servicios le proporcionamos. Esto puede incluir cobrarle a usted, a su compañía de seguros, a un tercero o a una agencia de cobranza. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su compañía de seguros información sobre los servicios de atención médica que le proporcionamos para que su compañía de seguros nos pague esos servicios o le reembolse a usted cantidades que ha pagado. Es posible que también necesitemos proveerle a su compañía de seguros o a un programa gubernamental, como Medicare o Medicaid, información sobre su condición médica y la atención médica que necesita recibir para determinar si está cubierto por ese seguro o programa. Si usted paga de su bolsillo por los servicios que le brindamos y no hay terceros involucrados, usted tienen derecho a restringir las divulgaciones de la información médica protegida a un plan de salud por el servicio por el que remitió el pago, si pagó el servicio en su totalidad.

### Para operaciones de atención médica

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para nuestras propias operaciones de atención médica. Esto es necesario para el funcionamiento de la Alianza de Salud de Cabarrus y para mantener una atención médica de calidad para nuestros pacientes. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para revisar los servicios que proporcionamos y el desempeño de

nuestros empleados en su atención. Podemos revelar información médica sobre usted para capacitar a nuestro personal, voluntarios y estudiantes que trabajan en la Alianza de Salud de Cabarrus. También podemos usar la información para analizar formas de manejar más eficientemente nuestra organización.

### Cómo nos pondremos en contacto con usted

A menos que usted nos indique lo contrario por escrito, podemos contactarlo por teléfono o por correo, en su casa o en su lugar de trabajo. En cualquiera de los lugares, podemos dejarle mensajes en el contestador automático o en el buzón de voz.

### Recordatorio de citas

Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle que usted tiene una cita con nosotros.

### Ayuda en caso de catástrofes

Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos para ayudar en las tareas de ayuda en caso de catástrofe. Esto se hará para coordinar con dichas entidades la notificación a un familiar, otro pariente, amigo personal cercano u otra persona identificada por usted de su ubicación, estado general o fallecimiento.

### En circunstancias especiales podemos estar autorizados u obligados a revelar su información para:

Actividades de salud pública; víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; actividades de supervisión de la salud; procedimientos judiciales y administrativos; divulgaciones para el cumplimiento de la ley; médicos forenses y examinadores médicos; directores de funerarias; donación de órganos, ojos o tejidos; investigación; prevención de una amenaza grave para la salud o la seguridad de usted o de otros; actividades militares y de veteranos; actividades de seguridad nacional y de inteligencia; servicio de protección del presidente y otros; instituciones penitenciarias y otras situaciones de custodia de agencias del orden; compensación a los trabajadores u otros programas similares; y al gobierno para demostrar nuestro cumplimiento con la Regla de Privacidad.

### Personas que participan en su atención

Nosotros podríamos divulgar información médica sobre usted a un miembro de su familia, a otro pariente, a un amigo personal cercano o a cualquier otra persona identificada por usted, cuando esta información es

directamente relevante para la participación de esa persona en su cuidado o en el pago relacionado con su atención. Si el paciente es menor de edad, podemos divulgar información médica sobre el menor al padre, la madre, el tutor u otra persona responsable del menor, excepto en circunstancias limitadas. Usted puede pedirnos en cualquier momento que no divulguemos información médica sobre usted a las personas que participan en su atención. Accederemos a su petición y no divulgaremos la información salvo en determinadas circunstancias (como las emergencias) o si el paciente es menor de edad. Si el paciente es menor de edad, es posible que no podamos aceptar su solicitud. Si hay un miembro de la familia, otro pariente o un amigo personal cercano al que usted no quiere que reveleemos información médica sobre usted, por favor notifíqueme al **Oficial de Privacidad, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081** o comuníquelo al miembro de nuestro personal que le está proporcionando atención.

### Requerido por la ley

Nosotros podríamos utilizar o divulgar su información médica cuando la ley nos obligue a hacerlo.

### Mercadeo

Podemos pedirle que participe en actividades de mercadeo. Con excepciones limitadas, esto requeriría una autorización por escrito de su parte antes de que se pueda hacer un uso o divulgación de su de su información médica protegida para mercadeo. La venta de su información requiere una autorización escrita y firmada por usted. En circunstancias limitadas, no se requiere una autorización individual, como en el caso de la venta, el traspaso, la fusión o la consolidación de la totalidad o parte de una entidad cubierta y para las diligencias requeridas que están relacionadas con estas actividades.

Nosotros podríamos ponernos en contacto con usted para la recaudación de fondos, pero usted puede pedirnos que no lo volvamos a contactar para este propósito.

Le podemos pedir que participe en oportunidades de investigación, y si es así, obtendríamos un consentimiento informado firmado por usted en el que usted acceda a participar en la investigación. En circunstancias limitadas establecidas en la Regla de Privacidad, es posible que no se requiera una autorización individual.

Se requiere una autorización firmada por usted si usted solicita que divulguemos registros de psicoterapia (a menos que lo exija la ley).

CHA se adhiere a la Ley de Salud Mental del Estado de Carolina del Norte GS 122c. Usted tiene el derecho de optar por no revelar información para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones relacionadas con su atención médica (TPO, por sus siglas en inglés). Si usted decide no participar, usted debe hacerlo firmando el formulario de no divulgación de CHA. Para la divulgación de los registros de salud mental por razones diferentes al TPO, se le pedirá que firme un formulario de autorización del paciente.

CHA se adhiere a la Ley Federal que rige el Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés), 42 C.F.R. Parte 2. En cumplimiento de esta ley, los registros que contengan dicha información sólo se divulgarán cuando usted firme un consentimiento de autorización del paciente, cuando sea requerido por la ley o por una orden judicial.

Los demás usos y divulgaciones sólo se harán con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento notificando por escrito su deseo de revocarla a **la Alianza de Salud de Cabarrus, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081** **Attn: Oficial de Seguridad.** Sin embargo, si usted revoca dicha autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas por nosotros en base a ella.