

# Aviso de las Prácticas de Privacidad

## INTRODUCTION

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO USTED PUEDE GANAR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

La ley nos requiere que mantengamos la privacidad de su información de salud y que le demos nuestro “Aviso de las prácticas de privacidad” (este “Aviso”) que describe nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en relación a su información de salud. Su información de salud incluye la información médica de identificación personal, del seguro, demográfica y del pago médico. Por ejemplo, esto incluye información acerca de su diagnóstico, medicinas, estado de su seguro, historial de reclamos médicos, dirección y póliza o número de seguro social.

## QUIÉNES CUMPLIRÁN CON ESTE AVISO

**LA ENTIDAD CUBIERTA AFILIADA DE UNITYPOINT HEALTH.** Este Aviso describe las prácticas de privacidad de las organizaciones alistadas en el Apéndice A (“Afiliados”) los cuales forman la entidad cubierta afiliada de *UnityPoint Health (UnityPoint Health ACE)* que incluye hospitales, clínicas y otros proveedores de cuidado de la salud que las organizaciones dirigen así como cualquier institución de cuidado de la salud o práctica médica controlada por o bajo el control común de *UnityPoint Health* ahora o en el futuro. Las organizaciones son parte de la entidad cubierta afiliada de *UnityPoint Health (“UnityPoint Health ACE”)*.

**PERSONAL MÉDICO.** Este Aviso además describe las prácticas de privacidad de los médicos, los enfermeros practicantes de enfermería avanzada y otros profesionales del cuidado de la salud que son parte de nuestro personal médico (colectivamente “Practicantes de medicina”) y otros proveedores de cuidado de la salud que proveen servicios de cuidado de la salud en nuestros hospitales, clínicas y recintos. Legalmente esto se llama un “acuerdo organizado de cuidado de la salud” o “OHCA” (por sus siglas en inglés, “*organized health care arrangement*”) entre el *UnityPoint Health ACE* y los proveedores autorizados en su personal médico. Porque el *UnityPoint Health ACE* es un ámbito de cuidado clínicamente integrado nuestros pacientes reciben atención del personal de *UnityPoint Health ACE* y de los practicantes de medicina independientes que son parte del personal médico. *UnityPoint Health ACE* y su personal médico tienen que poder compartir su información de salud libremente para el tratamiento, el pago y las operaciones administrativas relacionadas al cuidado de la salud como se describen en este Aviso. Por esto, *UnityPoint Health ACE* y todos los proveedores autorizados en el personal médico de *UnityPoint Health ACE* han entrado a un OHCA (por sus siglas en inglés) bajo el cual *UnityPoint Health ACE* y los proveedores autorizados van a:

- usar este Aviso como el aviso de las prácticas de privacidad conjunto para todas las visitas hospitalarias y ambulatorias y seguir todas las prácticas de información descritas en este aviso,

- obtener un solo acuse de recibo firmado; y
- compartir información de salud de las visitas hospitalarias y ambulatorias con los proveedores autorizados de manera que ellos puedan ayudar a *UnityPoint Health ACE* en sus operaciones administrativas relacionadas al cuidado de la salud.

Por consiguiente, este Aviso lo cumplirán (1) los miembros de nuestra fuerza laboral y (2) los médicos independientes y otros practicantes de medicina que no son empleados, agentes, sirvientes, socios o parte de una empresa conjunta de *UnityPoint Health ACE* o de sus Afiliados. Todos los practicantes de medicina son responsables únicamente por su juicio y su conducta al tratar o proveer servicios profesionales a los pacientes y por estar en cumplimiento con las leyes estatales y federales. Nada en este Aviso quiere implicar o crear una relación laboral entre ninguno de los médicos independientes u otros practicantes de medicina y nosotros. Usamos un aviso de las prácticas de privacidad conjunto y un acuse de recibo conjunto con los médicos independientes y otros practicantes de medicina para reducir el papeleo y facilitar el compartir información para mejorar su atención. Este Aviso no cambia o limita ningún consentimiento para tratamiento o procedimiento que el paciente pueda firmar durante el tiempo que el paciente reciba atención de alguno de nosotros.

**El OHCA (por sus siglas en inglés) no cubre las prácticas de información de los practicantes de medicina en sus oficinas privadas o en otras localidades donde ejercen.**

## **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

A continuación encontrará los tipos de usos y divulgaciones que nosotros podríamos hacer con su información de salud sin su autorización. Cuando la ley estatal o federal restringe uno de los usos o divulgaciones descritas nosotros seguimos los requisitos de la ley federal o de ese estado. Éstas son sólo descripciones generales. Éstas no describen todos los ejemplos de divulgación dentro de una categoría.

**TRATAMIENTO.** Usaremos y divulgaremos su información de salud para tratamiento. Por ejemplo, compartiremos su información de salud con enfermeras, médicos, estudiantes y otros que le prestan atención en uno de los Afiliados de *UnityPoint Health*. Nuestros afiliados registran y pueden ver su información de salud en nuestro sistema electrónico de expedientes médicos. También divulgaremos su información médica a sus médicos, y otros practicantes de medicina, proveedores y recintos de cuidado de la salud que le prestan atención médica en sus localidades, en lugar de en las nuestras, para que la usen al atenderlo en el futuro. Por ejemplo, si se le transfiere de uno de nuestros hospitales a un asilo de ancianos, enviaremos su información de salud al asilo de ancianos.

**PAGO.** Usaremos y divulgaremos su información de salud para propósitos de pagos. Por ejemplo, usaremos su información de salud para preparar las cuentas y le enviaremos a la compañía de seguro la información de salud con su cuenta. Además, puede que divulguemos su información de salud a otros proveedores de cuidado de salud, planes médicos y agencia de transacciones de información del cuidado de la salud (*health care clearinghouses*) para propósitos de sus pagos. Por ejemplo, si a usted lo traen en ambulancia la información que se obtenga se le dará al proveedor de la ambulancia para propósitos de la facturación. Si la ley estatal lo requiere obtendremos su permiso antes de divulgar a otros proveedores o compañías de seguro de salud para propósitos de pago.

**OPERACIONALES ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE SALUD.** Puede que usemos y divulguemos su información de

salud para nuestras operaciones administrativas relacionadas con el cuidado de la salud. Por ejemplo, al atenderle los miembros del personal médico o miembros de nuestra fuerza laboral puede que revisen su información de salud con el fin de evaluar los tratamientos y servicios provistos, y el desempeño de nuestro personal al atenderle. En algunos casos, nosotros les proveeremos su información de salud a otros grupos calificados con fines de sus operaciones administrativas relacionadas con el cuidado de la salud. La compañía de la ambulancia, por ejemplo, puede que quiera información sobre su condición para ayudarlos a saber si ellos hicieron un trabajo eficaz al proveerle cuidado. Si la ley estatal lo requiere, obtendremos su permiso antes de divulgar su información de salud con el fin de que otros proveedores o compañías de seguro de salud lleven a cabo sus operaciones administrativas relacionadas con el cuidado de la salud.

**RECORDATORIO DE CITAS.** Puede que nos comuniquemos con usted para recordarle que tiene una cita para servicios médicos o de tratamiento.

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS.** Puede que nos comuniquemos con usted para proveerle información acerca de tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados a la salud que le puedan interesar.

**RECAUDACIÓN DE FONDOS.** Puede que nos comuniquemos con usted por escrito, teléfono o de otra manera como parte de nuestro esfuerzo de recaudar fondos para una o más de nuestras organizaciones alistadas en el Apéndice A, y con cada solicitud usted tendrá el derecho a optar por no recibir ese tipo de comunicación. Por favor, tenga presente que nosotros inmediatamente procesaremos su petición de removerlo de nuestra lista de recaudación de fondos, y nosotros honraremos su petición a menos que hayamos enviado el comunicado antes de recibir la notificación de que usted quiere optar por no recibirlo. Puede que además usemos y divulguemos cierta información de salud acerca de usted, como su nombre, dirección, número de teléfono, correo electrónico, fechas en la que recibió tratamiento o servicios, médico que lo atendió, información de los resultados y departamento donde recibió los servicios (por ejemplo, cardiología u ortopedia) a un asociado comercial o a una fundación relacionada con *UnityPoint Health ACE* o uno de sus Afiliados de manera tal que nosotros o ellos nos comuniquemos con usted para recaudar fondos de parte nuestra. El dinero recaudado se usará para expandir y mejorar los servicios y los programas que le proveemos a la comunidad. Usted es libre de optar por no recibir solicitudes de recaudación de fondos y su decisión no tendrá ningún impacto en el tratamiento o pago por servicios en ninguna de las entidades cubiertas bajo este Aviso.

**DIRECTORIO DEL RECINTO.** Mientras usted esté hospitalizado en cualquier hospital de *UnityPoint Health* su nombre, donde se encuentra en el recinto, condición general (ej. regular, seria, etc.) y su afiliación religiosa se puede incluir en el directorio del recinto. Esta información puede que se les provea a los miembros del clero, y excepto la afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por nombre. Usted tiene el derecho de pedir que su nombre no se incluya en el directorio. Nosotros no incluiremos su información en el directorio del recinto si usted se opone o si las leyes del estado o federales lo prohíben.

**FAMILIA, AMIGOS Y OTROS.** Puede que divulguemos su localización o condición general a un miembro familiar, su representante personal o alguna persona que usted haya identificado. Si alguno de estos individuos es parte de su cuidado o del pago por el cuidado puede que le divulguemos la información de salud como sea directamente pertinente a su participación. Divulgaremos esta información solamente si usted está de acuerdo, se le ha dado la oportunidad de objetar y no objetó, o si en nuestro juicio profesional será en su mejor interés permitir que esta persona reciba la información y actué en su

nombre. Por ejemplo, puede que le permitamos a un miembro de la familia que recoja sus prescripciones, provisiones médicas o rayos-x. Adicionalmente, si usted no está disponible, discapacitado o en una situación de emergencia, puede que divulguemos información limitada a estas personas si creemos en nuestro juicio profesional que es en su mejor interés. Puede que además divulguemos su información a una entidad que esté ayudando en labores humanitarias de manera que le puedan notificar a su familia o al individuo que es responsable por usted de su localización y condición.

**REQUERIDO POR LEY.** Usaremos y divulgaremos su información como lo requiere la ley federal, estatal o local, como en el caso de reportar el abuso de niño o de un adulto dependiente.

**ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA.** Puede que divulguemos información de salud acerca de usted para actividades de salud pública. Estas actividades pueden que incluyan divulgaciones:

- a una autoridad de salud pública autorizada por la ley a recopilar o recibir información con el propósito de prevenir o controlar una enfermedad, daño o discapacidad,
- a las autoridades apropiadas autorizadas a recibir reportes de abuso y negligencia de niños,
- a las entidades reguladas por el FDA con el propósito de supervisar o reportar la calidad, seguridad o eficacia de los productos que el FDA regula,
- para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, y
- con el permiso de los padres o tutores legales, para enviar a la escuela el comprobante de las inmunizaciones requerido.

**ABUSO, NEGLIGENCIA O VIOLENCIA DOMÉSTICA.** Puede que notifiquemos a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que un individuo ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. A menos que ese tipo de divulgación lo requiera la ley (por ejemplo, el reportar un tipo particular de daño), nosotros solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o bajo otras circunstancias limitadas si la ley autoriza tal divulgación.

**ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN DE LA SALUD.** Puede que divulguemos información de salud a una agencia de fiscalización de salud para actividades que la ley la autoriza. Estas actividades de fiscalización incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgación de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**PROCEDIMIENTOS LEGALES.** Si usted está involucrado en una demanda judicial o disputa, puede que divulguemos información de salud acerca de usted en respuesta a una orden de la corte o administrativa. Puede que además divulguemos información acerca de usted en respuesta de una citación de comparecencia, solicitud de revelación de pruebas, u otro proceso legal por otro participante en la disputa, pero solamente si se ha hecho un esfuerzo razonable por notificarle a usted de esta solicitud o de obtener una orden de la corte para proteger la información solicitada.

**CUMPLIMIENTO DE LA LEY.** Con el propósito del cumplimiento de la ley, puede que divulguemos cierta información de salud a las autoridades de orden público, tal como:

- lo requiere la ley, incluyendo el reportar ciertas heridas y daños físicos;
- en respuesta a una orden de la corte, una cédula de citación judicial, orden judicial, citación, o un proceso similar;

- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- acerca de la víctima de un crimen si obtenemos el consentimiento del individuo, o bajo ciertas circunstancias limitadas si no podemos obtener el consentimiento de éste;
- para alertar a las autoridades acerca de una muerte que creemos es el resultado de conducta criminal;
- información que creemos es evidencia de conducta criminal que ocurrió en nuestros recintos; y
- en casos de emergencia, para reportar un crimen, el lugar del crimen o el paradero de las víctimas, o la identidad, descripción o lugar donde se encuentra la persona que cometió el crimen.

Con el propósito del cumplimiento de la ley, al hacer tales divulgaciones nosotros tenemos que cumplir con las leyes federales y estatales.

**INDIVIDUOS FALLECIDOS.** Después de su muerte, puede que divulguemos la información de salud como lo autoriza la ley a un forense o médico forense como sea necesario para que pueda desempeñar su trabajo, y a directores de funerarias. Adicionalmente, después de su muerte puede que divulguemos la información de salud a un representante legal (por ejemplo el albacea de su patrimonio), y a menos que usted haya expresado lo contrario, también le divulgaremos su información de salud a un miembro de la familia o a otra persona que actuó como su representante personal o que haya participado en su cuidado o en el pago de su cuidado antes de su muerte, si esta información es pertinente a la participación de dicha persona en su cuidado o en el pago de su cuidado. Se nos requiere que utilicemos salvaguardias para proteger su información de salud por 50 años después de su muerte.

**DONACIÓN DE ÓRGANO, OJO O TEJIDO.** Puede que divulguemos la información de salud a organizaciones o entidades dedicadas a la adquisición, trasplante de órganos, ojos o tejidos, o bancos de donación, como esto sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

**INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS.** Puede que usemos y divulguemos su información de salud, bajo ciertas circunstancias y salvaguardias para fines de investigación científica. Por ejemplo, puede que divulguemos información a investigadores a los cuales se les aprobó su investigación luego de que un comité especial le revisó su propuesta y estableció protocolos para asegurar la privacidad de su información de salud. Puede que divulguemos información de salud sobre usted a las personas que están preparándose a conducir un proyecto de investigación, pero la información se quedará en el recinto.

**AMENAZAS A LA SALUD O SEGURIDAD.** Puede que usemos y divulguemos su información de salud, bajo ciertas circunstancias, para prevenir una amenaza seria e inminente a la salud y la seguridad, si nosotros, de buena fe, creemos que el usar o divulgar ésta es necesario para prevenir o disminuir la amenaza, y esta divulgación se hará a una persona que razonablemente puede prevenir o disminuir la amenaza (incluyendo el objetivo) o es necesario para que las autoridades de orden público puedan identificar o aprehender al individuo involucrado en un crimen.

**FUNCIONES GUBERNAMENTALES ESPECIALIZADAS.** Puede que usemos y divulguemos su información de salud para actividades de inteligencia y de seguridad nacional autorizadas por la ley o para servicios que protegen al Presidente. Si usted es un miembro del ejército, puede que divulguemos información, bajo ciertas circunstancias, a las autoridades militares. Si usted es un recluso en una institución correccional o bajo custodia de un oficial de orden público, puede que le divulguemos a la institución, a sus agentes o al oficial de orden público su información de salud que sea necesaria para su salud y la salud y seguridad de los otros individuos.

**INDEMNIZACIÓN DEL TRABAJADOR.** Puede que divulguemos información de salud acerca de usted como lo autoriza la ley para fines de indemnización del trabajador o programas similares que proveen beneficios por lesiones laborales o enfermedades.

**USOS Y DIVULGACIONES INCIDENTALES.** Hay ciertos usos y divulgaciones incidentales de su información que pueden ocurrir mientras le proveemos servicios o llevamos a cabo nuestro negocio. Por ejemplo, después de una cirugía la enfermera o el médico puede que necesite usar su nombre para identificar a los miembros de la familia que lo están esperando en el área de espera. Otros individuos que se encuentren en la misma área pueden que oigan cuando se llame su nombre. Nosotros haremos lo posible para limitar estos usos y divulgaciones incidentales.

**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD.** Nosotros participamos en uno o más intercambios electrónicos de información de salud lo cual nos permite intercambiar información de salud acerca de usted con otros proveedores participantes (por ejemplo, médicos y hospitales) y sus socios de negocios. Por ejemplo, usted le puede permitir acceso a un médico que lo está atendiendo a nuestros registros de manera que tenga información actualizada para tratarlo. En todos los casos, el proveedor que solicita su información tiene que verificar que lo trata o lo trató y si la ley lo requiere, le pediremos al proveedor que obtenga su consentimiento antes de tener acceso a su información de salud a través del intercambio de información de salud. El participar en un intercambio de información de salud también nos permite tener acceso a la información de salud de otros proveedores participantes y planes médicos para propósitos de nuestro tratamiento, así como para el pago, y las operaciones administrativas relacionadas al cuidado de la salud, cuando la ley lo permita o con su consentimiento. Puede que en el futuro le permitamos a otros grupos, (como por ejemplo, departamentos de salud pública) que participan en el intercambio de información de salud, a tener acceso a su información de salud protegida para sus usos limitados, como el llevar a cabo actividades de salud pública, conforme a las leyes de privacidad federales y estatales.

**RED DE INFORMACIÓN DE SALUD DE IOWA” (IHIN), POR SUS SIGLAS EN INGLÉS (IOWA HEALTH INFORMATION NETWORK).** Para los pacientes que reciben cuidado con nosotros, *UnityPoint Health ACE*, pueden elegir participar en el *Iowa Health Information Network* (“IHIN”, por sus siglas en inglés), esto es el intercambio de información de salud del estado. La ley de Iowa estipula que los proveedores pueden compartir la información de salud, incluyendo los expedientes de tratamiento de salud mental y los expedientes de las pruebas de VIH/SIDA, a través del IHIN para propósitos de tratamiento, pagos o operaciones de cuidado de la salud sin consentimiento del paciente. Si usted no desea que su información de salud sea compartida con los proveedores a través del IHIN usted se puede comunicar con el Departamento de Salud Pública o con cualquiera de los oficiales de privacidad de *UnityPoint Health ACE* para que obtenga información de como usted puede salirse del IHIN. Por favor tome en cuenta que los expedientes de todos nuestros pacientes están disponibles a través de IHIN no solamente los expedientes que hayan sido atendidos en las instalaciones de Iowa o que sean residentes de Iowa. Si usted no desea que sus expedientes estén disponibles a través del IHIN, puede comunicarse con el Departamento de Salud Pública de Iowa (Iowa Department of Public Health) o cualquiera de nuestros ejecutivos de privacidad en *UnityPoint Health ACE*. El sitio electrónico para optar por no participar en el sistema de información de salud de Iowa (IHIN Opt Out) al momento de publicar esta notificación es <http://www.iowahealth.org/patient/privacy-security/opt-out/>, o puede llamar a Iowa e-Health al 866-924-4636.

## **CENTRAL DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DE ILLINOIS (CENTRAL ILLINOIS HEALTH INFORMATION EXCHANGE CIHIE)**

Para los pacientes que reciben cuidado con nosotros, *UnityPoint Health ACE*, pueden elegir participar en el *Central Illinois Health Information Exchange* (“CIHIE”, por sus siglas en inglés), que es la central de intercambio de información de salud del estado. La ley de Illinois estipula que los proveedores pueden compartir la información de salud, incluyendo los expedientes de tratamiento de salud mental y los expedientes de las pruebas de VIH/SIDA, a través del CIHIE para propósitos de tratamiento sin consentimiento del paciente. Para más información sobre compartir la información del paciente a través de CIHIE, puede comunicarse con nosotros al 309-672-4488 o revisar la información en el sitio electrónico del CIHIE en [www.cihie.org](http://www.cihie.org). Por favor tome en cuenta que los expedientes de todos nuestros pacientes están disponibles a través de CIHIE no solamente los expedientes que hayan sido atendidos en las instalaciones de Illinois o que sean residentes de Illinois. Si usted no desea que sus expedientes estén disponibles a través del CIHIE, puede comunicarse con cualquiera de nuestros ejecutivos de privacidad en *UnityPoint Health ACE*.

**SOCIOS DE NEGOCIOS.** Algunas de las actividades descritas arriba las llevan a cabo proveedores externos bajo contrato llamados socios de negocios. Divulgaremos su información de la salud a nuestros socios de negocios y le permitiremos crear, usar y revelar su información de salud para que lleven a cabo los servicios que nos prestan. Por ejemplo, puede que le divulguemos su información de salud a una compañía de facturación externa para que nos ayude a facturarle a las compañías de seguro. Les requerimos a los socios de negocios que salvaguarden adecuadamente la privacidad de su información.

**“ACUERDO ORGANIZADO DE CUIDADO DE LA SALUD” (OCHA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, ORGANIZED HEALTH CARE ARRANGEMENT).** *UnityPoint Health* participa en múltiples acuerdos llamados “Acuerdos Organizados de Cuidado de La Salud” o “OHCA” (OHCA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). Ofrecemos un ámbito de cuidado clínicamente integrado donde los pacientes reciben atención de los Afiliados de *UnityPoint Health ACE* y de nuestros médicos independientes y otros practicantes de medicina que les proveen atención a los pacientes en los recintos de *UnityPoint Health ACE* (llamados colectivamente “practicantes de medicina”). Los Afiliados y estos practicantes de medicina necesitan compartir información libremente para proveerles atención a los pacientes y para llevar a cabo las operaciones administrativas relacionadas al cuidado de salud de los Afiliados. Por lo tanto, los Afiliados y los practicantes de medicina acordaron seguir prácticas de información uniformes cuando usen y divulguen información de la salud relacionada a los servicios hospitalarios, ambulatorios y de hospitalización. Este arreglo se llama “*Organized Health Care Arrangement*” y sólo cubre las prácticas de información por los servicios que se prestan a través de los Afiliados. No cubre las prácticas de información de los practicantes de medicina en sus oficinas o en otros ámbitos de cuidado. También participamos en un Acuerdo Organizado de Cuidado de La Salud con los proveedores participantes en la Organización de Cuidado Responsable de *UnityPoint Health* (“ACO” por sus siglas en inglés). Compartimos información con proveedores de ACO para llevar a cabo las operaciones de atención médica de ACO, que pueden incluir, por ejemplo, información sobre el cumplimiento de un médico con protocolos de ACO en el tratamiento del médico para usted. Participar en ACO no altera el estado de independencia de los Afiliados y de los practicantes de medicina o proveedores de ACO o hacer a *UnityPoint Health* conjuntamente responsable de los servicios clínicos que ellos proveen. Los Afiliados no son responsables por (1) la negligencia (o error) de los practicantes de medicina independientes que proveen cuidado

en el Afiliado o como parte de ACO o (2) ninguna violación de sus derechos de privacidad por los practicantes de medicina.

## USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Hay muchos usos y divulgaciones que haremos solamente con su autorización escrita. Estos incluyen:

- **Usos y divulgaciones no descritos arriba.** Obtendremos su autorización para usos y divulgaciones de su información de la salud que nos están descritos anteriormente en el Aviso.
- **Notas de psicoterapia.** Estas son notas que las escribió un profesional de salud mental al documentar las conversaciones durante una sesión privada de consejería o en terapia de grupo o compartida. Muchos usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia requieren su autorización.
- **Mercadeo.** Nosotros no usaremos o divulgaremos su información de salud con propósitos de mercadeo sin su autorización. Además, si fuéramos a recibir de un tercero remuneración financiera en conexión con el mercadeo, lo indicáramos en el formulario de autorización.
- **Venta.** No venderemos su información de la salud protegida a terceros sin su autorización. Tal autorización declararía que nosotros recibiremos remuneración en la transacción.

Si usted nos da autorización para la divulgación de su información de la salud, usted la puede revocar en cualquier momento notificándonos de acuerdo con nuestras normas de autorización y con las instrucciones en nuestro formulario de autorización. Esta revocación no va a ser efectiva para los usos y divulgaciones que hicimos basados en su autorización previa.

## SUS DERECHOS

**ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA SALUD.** Usted puede inspeccionar y copiar con algunas excepciones mucha de la información de salud que nosotros tenemos de usted. Si nosotros mantenemos la información electrónicamente y usted quiere una copia electrónica le proveeremos la información en la forma y el formato que usted lo pida, asumiendo que lo podamos producir fácilmente. Si no podemos producir el expediente en la forma y formato que usted lo pide lo haremos en otra manera que hayamos acordado que se pueda leer electrónicamente. Puede que le cobremos una tarifa básica por hacer las copias, o resumen si usted lo pide. Si usted nos indica que le enviemos su información de la salud a otra persona, así lo haremos, siempre y cuando nos provea instrucciones escritas firmadas designando claramente el recipiente y la localización del envío. Puede que le cobremos una tarifa por los costos de las copias, el envío y otras provisiones o trabajo asociado con su solicitud. Nosotros responderemos a su solicitud de ejercer cualquiera de los derechos mencionados anteriormente en forma oportuna de acuerdo con nuestras normas y como lo requiere la ley.

**SOLICITUD DE RESTRICCIONES.** Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en cómo usamos o divulgamos su información de la salud para tratamiento, pago u operaciones administrativas relacionadas con el cuidado de salud o a las personas que participaron en su cuidado o en el pago de su cuidado. No estamos obligados a acceder a su solicitud, con una excepción que explicaremos en el siguiente párrafo, pero le informaremos si accedemos a ésta.

Se nos requiere que estemos de acuerdo con su solicitud de qué no divulguemos cierta información de la salud a su plan médico para pago u operaciones administrativas relacionadas con el cuidado de salud si (1) usted



paga de su propio bolsillo el pago completo por todos los gastos relacionados a ese servicio sea en el tiempo de servicio o dentro del periodo de tiempo especificado en nuestras normas escritas y (2) la divulgación de otra manera no es requerida por la ley. Ese tipo de restricción sólo aplica a los expedientes que están relacionados a los servicios que usted pago por completo. Si más tarde recibimos una autorización suya fechada después de su solicitud de restricción la cual nos autoriza a divulgar a su plan médico todos sus expedientes, asumiremos que usted retiró su solicitud de restricción.

Varias entidades cubiertas alistadas al principio de este Aviso usan este Aviso, incluyendo las entidades alistadas en el anexo A la cual es una sola entidad cubierta conocida como la “entidad cubierta afiliada” de *UnityPoint Health* (o *UnityPoint Health ACE*), además de los médicos y otros practicantes de medicina que tienen permiso de proveer servicios en nuestros recintos quienes son independientes de cualquier Afiliado de *UnityPoint Health ACE*. Cualquier tipo de restricción que usted solicite lo tiene que hacer separadamente para cada entidad cubierta en la cual recibirá servicios. Comuníquese con *UnityPoint Health ACE* o con el *Affiliate Privacy Officer* (oficial de privacidad del Afiliado) a la información de contacto alistada abajo si tiene preguntas sobre que proveedores le atenderán.

**MODIFICACIONES.** Usted puede solicitar que modifiquemos cierta información de la salud que tenemos en su expediente si usted piensa que es incorrecta o incompleta. Le podemos pedir una razón que respalde su solicitud. No tenemos obligación de hacer todas las modificaciones que solicitó pero consideraremos cuidadosamente cada solicitud. Si negamos su solicitud le proporcionaremos por escrito una explicación de las razones y sus derechos.

**EXPLICACIÓN.** Usted tiene el derecho a obtener una lista de ciertas divulgaciones de su información de la salud hecha por nosotros o nuestros asociados. Usted debe indicar un período de tiempo en su solicitud, el cual no puede exceder más de seis años. La primera lista en cualquier período de 12 meses se le proveerá gratuitamente. Se le puede cobrar una tarifa por cada lista subsecuente que solicite durante un mismo período de 12 meses. Su derecho a recibir una explicación de las divulgaciones no incluye divulgaciones por tratamiento, pago u operaciones administrativas relacionadas al cuidado de la salud y otros ciertos tipos de divulgaciones, por ejemplo, como parte del directorio del recinto o divulgaciones de acuerdo a su autorización. La solicitud tiene que ser por escrito. Puede comunicarse con el *Privacy Officer* para obtener un formulario para solicitar una explicación de las divulgaciones.

**COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL.** Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de la salud por medios diferentes o en un lugar diferente. Estaremos de acuerdo con su solicitud si es razonable, y si usted especifica un medio o lugar alternativo para comunicarnos con usted.

**AVISO EN CASO DE INTRUSIÓN.** Usted tiene el derecho de que se le notifique si ocurre un acceso, adquisición, uso o divulgación de su información de la salud que *HIPAA* no lo permite, si esos casos de acceso, adquisición, uso o divulgación comprometen la seguridad o privacidad de su “información de la salud protegida” -*PHI*, por sus siglas en inglés- (le llamamos a esto una intrusión). Le proveeremos este tipo de aviso sin retraso inaceptable pero en todo caso no más tarde de 60 días después de haber descubierto la intrusión.

**CÓMO EJERCER ESTOS DERECHOS.** Todas las solicitudes para ejercer estos derechos deben hacerse por escrito. Seguiremos las normas escritas para responder a solicitudes, y le informaremos nuestras decisiones o medidas y sus derechos. Para obtener más información u obtener formularios de solicitud, comuníquese con el funcionario principal de Privacidad (ver “Información de contacto”).

**QUEJAS.** Si usted tiene preocupaciones acerca de cualquiera de nuestras prácticas de privacidad o piensa que se le violaron sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja con *UnityPoint Health ACE* utilizando la información de contacto al final de este Aviso. También puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted no será penalizado o sufrirá represalias por presentar una queja.

## **¿QUIÉNES CUMPLIRÁN CON ESTAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD?**

Las organizaciones del cuidado de la salud que son parte de *UnityPoint Health* colectivamente formaron una entidad cubierta afiliada, “ACE” (por sus siglas en inglés, *Affiliated Covered Entity*) bajo las regulaciones de *HIPAA* con el propósito de cumplir con *HIPAA*. Una lista completa de las organizaciones en el *UnityPoint Health ACE*, llamados los Afiliados, se encuentran alistados en el anexo A de este Aviso. Nuestras reglas para proteger su privacidad las cumplirán todos los miembros de la fuerza laboral del sitio donde usted lo están atendiendo, además de los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud con permiso de proveer servicios en nuestros recintos los cuales son independientes de cualquiera de los afiliados de *UnityPoint Health* (llamados colectivamente *UnityPoint Health ACE*).

## **¿QUÉ INFORMACIÓN DE SALUD SE INCLUYE EN ESTE AVISO?**

Este Aviso incluye información de salud en *UnityPoint Health ACE* que puede ser escrita (tal como una copia de papel de un expediente médico), hablada (tal como médicos discutiendo opciones de tratamiento), o electrónica (tal como los registros de facturación que se mantienen en una computadora).

## **¿CÓMO NOSOTROS PODEMOS UTILIZAR SU INFORMACIÓN DE SALUD?**

La ley le permite a *UnityPoint Health ACE* utilizar o compartir su información de salud, sin requerir su permiso, en actividades de rutina, tal como:

- para tratamiento,
- para pago,
- para la administración del hospital o del grupo médico,
- para recordatorio de citas y de comunicación.

La ley también le permite a *UnityPoint Health ACE* a usar y compartir su información de salud, sin su permiso, por otras razones limitadas tal como:

- actividades de salud pública,
- algunas actividades de investigación científica,
- razones de salud y de seguridad,
- solicitudes de donación de órganos y tejidos,
- solicitudes de indemnización del trabajador,
- solicitudes para hacer cumplir la ley,
- algunas actividades para la recaudación de fondos, y
- usos y colaboraciones permitidos o requeridos por la ley.

## **¿QUÉ ACTIVIDADES REQUIEREN SU PERMISO POR ESCRITO?**

Si *UnityPoint Health ACE* necesita usar o divulgar su información de salud para otros fines no descritos en esta guía de preguntas frecuentes o en el “Aviso de prácticas de privacidad” completo, el cual está adjunto, *UnityPoint Health ACE* debe solicitar su autorización por escrito.

## **¿A QUÉ ACTIVIDADES TIENE USTED EL DERECHO A NEGARSE?**

En muchas circunstancias, usted puede tener el derecho a objetar antes de que hagamos lo siguiente:

- Compartir información con sus familiares, amigos, u otros que participan en su cuidado.
- Escribir su nombre, número de habitación y condición en el directorio el cual está disponible a quienes visitan el hospital, así como el indicar su religión en un directorio que está disponible para los miembros del clero.

## **¿CUÁLES SON MIS DERECHOS A PRIVACIDAD COMO PACIENTE?**

Usted tiene el derecho a...

- Obtener una copia de su expediente médico y cuentas médicas. Si nosotros mantenemos sus expedientes electrónicamente, le proveeremos una copia electrónica de sus expedientes cuando usted pida una.
- Pedirnos modificar su expediente o cuentas médicas si usted piensa que existe un error.
- Solicitar cómo prefiere que nos comuniquemos con usted (por ejemplo que lo llamemos a su teléfono celular en vez de llamarlo a su casa o al trabajo).
- Obtener una lista de cierta información de salud que compartimos con otras personas u organizaciones por otras razones que no incluyen tratamiento, facturación o nuestras operaciones administrativas relacionadas al cuidado de la salud.
- Recibir una copia impresa de nuestro “Aviso de prácticas de privacidad”. Ésta es su copia del Aviso. Si usted desea una copia adicional, puede solicitarla en cualquier área de registro de cualquier afiliado de *UnityPoint Health*.
- Pedirnos el limitar la información que compartimos. (Note que tal vez no podamos acceder a la solicitud más allá de lo que la ley requiere).
- Pedirnos que no compartamos su información de salud con su plan médico para propósitos de pago o de operaciones administrativas relacionadas con el cuidado de la salud si usted paga completo de su propio bolsillo (*out-of-pocket*) por todos los gastos relacionados al servicio como se especifica en nuestras normas, y la ley de otra manera no requiere la divulgación.
- Reclamarnos por escrito si usted piensa que le violaron sus derechos de privacidad.

## **ACERCA DE ESTE AVISO**

Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso actualmente en efecto. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y los términos de este Aviso y poner en efecto nuevas prácticas e estipulaciones del aviso para toda la información de la salud que tenemos. Antes de hacer efectivos estos cambios publicaremos el Aviso revisado en las localizaciones físicas donde atendemos, donde también tendremos copias disponibles. El Aviso revisado también se publicará en nuestra página de web en [www.unitypoint.org](http://www.unitypoint.org). Tiene derecho a recibir esta Notificación por escrito en cualquier momento. Para obtener una copia escrita, comuníquese con el funcionario principal de Privacidad (ver “Información de contacto”).

## **FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA NOTIFICACIÓN:**

1.º de octubre de 2017..

# **APÉNDICE A:**

## **LISTA DE LOS PROFESIONALES INCLUIDOS EN ESTE AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

### **ALLEN HEALTH SYSTEMS, INC.**

Allen Memorial Hospital Corporation , d/b/a Allen Hospital  
Allen Women's Health Center  
Allen Occupational Health Services  
United Medical Park Clinic Pharmacy  
Allen Clinic Pharmacy  
Black Hawk-Grundy Mental Health Center, Inc.

### **BUENA VISTA REGIONAL MEDICAL CENTER**

### **CENTRAL IOWA HEALTH SYSTEM**

Central Iowa Hospital Corporation, d/b/a  
UnityPoint Health – Des Moines  
Iowa Lutheran Hospital  
Iowa Methodist Medical Center  
Blank Children's Hospital  
Methodist West Hospital  
John Stoddard Cancer Center  
Blank Health Providers

### **CHEROKEE REGIONAL MEDICAL CENTER**

### **CLARKE COUNTY HOSPITAL**

### **FINLEY TRI-STATES HEALTH GROUP, INC.**

The Finley Hospital  
The Dubuque Visiting Nurse Association

### **GREENE COUNTY MEDICAL CENTER**

### **GRUNDY COUNTY MEMORIAL HOSPITAL**

### **HUMBOLDT COUNTY MEMORIAL HOSPITAL**

### **IOWA PHYSICIANS CLINIC MEDICAL FOUNDATION D/B/A UNITYPOINT CLINIC**

### **IOWA HEALTH SYSTEM D/B/A UNITYPOINT HEALTH**

### **LORING HOSPITAL**

### **MARENGO MEMORIAL HOSPITAL D/B/A COMPASS MEMORIAL HEALTHCARE**

### **MERITER HEALTH SERVICES, INC.**

Meriter Hospital, Inc.  
Meriter Enterprises, Inc. d/b/a Meriter Home Health  
Meriter Enterprises, Inc. d/b/a Meriter Laboratory  
Meriter Medical Group, Inc.

## **POCAHONTAS COMMUNITY HOSPITAL**

### **ST. LUKE'S HEALTHCARE**

St. Luke's Methodist Hospital  
St. Luke's/Jones Regional Medical Center d/b/a  
Jones Regional Medical Center  
Continuing Care Hospital at St. Luke's L.C.  
Anamosa Area Ambulance Service  
Medical Laboratories of Eastern Iowa, Inc.

### **ST. LUKE'S HEALTH SYSTEM, INC.**

Northwest Iowa Hospital Corporation, d/b/a  
St. Luke's Regional Medical Center of Sioux City  
St. Luke's Health Resources, d/b/a UnityPoint Clinic  
Siouxland Pace, Inc.

## **STEWART MEMORIAL COMMUNITY HOSPITAL**

## **STORY COUNTY MEDICAL CENTER**

## **SUMNER COMMUNITY CLUB D/B/A COMMUNITY MEMORIAL HOSPITAL**

### **TRINITY HEALTH SYSTEMS, INC.**

Trinity Regional Medical Center  
Trimark Physicians Group  
North Central Iowa Mental Health Center, Inc. d/b/a  
Berryhill Center

### **TRINITY REGIONAL HEALTH SYSTEM**

Trinity Medical Center  
Robert Young Center  
Trinity Health Enterprises, Inc.  
Unity HealthCare, d/b/a Trinity Muscatine

### **UNITYPOINT AT HOME INCLUDING D/B/A**

Cass County Public Health  
Grundy County Public Health  
Paula J. Baber Hospice Home (IPU)  
Taylor House (IPU)  
UnityPoint Hospice

### **UNITYPOINT HEALTH METHODIST/PROCTOR**

Methodist Health Services Corporation  
Proctor Health Care Incorporated  
The Methodist Medical Center of Illinois

# APÉNDICE B:

## NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN/ ACCESIBILIDAD

UnityPoint Health no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Ofrecemos lo siguiente de manera gratuita:

- Servicios y asistencias comunicativas para personas con discapacidades, como las siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de seña.
  - Información por escrito en otros formatos.
- Servicios de idiomas para personas cuyo principal idioma no sea el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes.
  - Información escrita en otros idiomas.

Tiene a su disposición un representante para pacientes si necesita estos servicios. También tiene a su disposición un representante para pacientes a fin de ayudarlo a presentar una queja si considera que no hemos brindado estos servicios o lo hemos discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Para ponerse en contacto con un representante para pacientes, comuníquese con el funcionario principal de Privacidad (ver “Información de contacto”).

También puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por vía electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono::

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (dispositivo de telecomunicaciones para sordos [Telecommunication Device for the Deaf, TDD])

Los formularios de reclamación también están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

**Arabic**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (319) 824-5082

**Chinese** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (319) 824-5082。

**French** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (319) 824-5082.

**German** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (319) 824-5082.

**Gujarati** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (319) 824-5082.

**Hindi** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (319) 824-5082 पर कॉल करें।

**Hmong** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (319) 824-5082.

**Italian** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (319) 824-5082.

**Korean** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (319) 824-5082 번으로 전화해 주십시오.

**Polish** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (319) 824-5082.

**Russian** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (319) 824-5082.

**Spanish** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (319) 824-5082.

**Tagalog** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (319) 824-5082.

**Urdu** بردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں۔ (319) 824-5082.

**Vietnamese** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (319) 824-5082.

# INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Si tiene preguntas sobre esta notificación, comuníquese con los siguientes datos:

**Atención: Privacy Officer**

**201 E J Avenue**

**Grundy Center, IA 50638**

**(319) 824-5082**

También puede ponerse en contacto con el funcionario principal de UnityPoint Health enviando comunicaciones por escrito a la siguiente dirección: Privacy Officer, UnityPoint Health, 1776 West Lakes Parkway, Suite 400, West Des Moines, IA 50266; o bien llame al (515) 241-4652.