

Quién cumplirá con las condiciones de esta Notificación?

Esta Notificación describe las prácticas de privacidad de Peninsula Community Health Services (PCHS). Todo personal médico, empleado, voluntario, y proveedor de PCHS tiene la obligación, por ley, de preservar la confidencialidad de toda la información amparada de nuestros pacientes.

Porqué publicamos esta Notificación?

Como proveedores profesionales de servicios médicos, entendemos que la información sobre usted y su salud es privada y confidencial. Nuestra responsabilidad principal es salvaguardar la información personal de nuestros pacientes. También tenemos la obligación de avisar a nuestros pacientes sobre nuestras prácticas de privacidad y nuestras responsabilidades legales con respecto a esta Notificación.

Estamos comprometidos a proteger toda su información de salud. La información que recibimos de usted es necesaria para brindarle un cuidado médico de alta calidad. En ciertas situaciones es posible que tengamos que usar y compartir esta información. Esta Notificación describe la manera en que su información puede ser usada y divulgada.

Esta Notificación también describe ciertos derechos legales que usted tiene con respecto a tal información. Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de la información contenida en su expediente médico. Usted también puede solicitar que hagamos cambios o enmiendas a su información médica, y solicitar que le proporcionemos la información de los datos de usted que hayamos divulgado.

Cuándo esta Notificación tendrá vigencia?

PCHS deberá cumplir con las condiciones especificadas en esta Notificación mientras ésta esté vigente. PCHS reserva el derecho de modificar las prácticas establecidas en esta Notificación, y de hacer efectivas las nuevas estipulaciones para toda información personal de su salud que tenemos en su expediente. Esta Notificación entró en vigor el 14 de abril de 2003 y se mantendrá vigente hasta la fecha en que tal modificación sea emitida y publicada. La nueva notificación será anunciada, y PCHS le enviará a usted una copia de la misma a la última dirección que tengamos en nuestros archivos. Anunciaremos la nueva notificación en nuestras Clínicas, y en nuestra página de internet (en el caso que mantengamos una).

Cuál información está protegida bajo esta Notificación?

Esta Notificación cubre toda información escrita o electrónica sobre usted que se encuentra en nuestros archivos con respecto a su cuidado y tratamiento médico, o pago por tales cuidados. También cubre información que podamos haber compartido con el propósito de proporcionarle tratamiento médico, de recibir pago por este cuidado médico, y durante el curso de las operaciones normales relacionadas con su tratamiento.

Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación o si desea más información, por favor comuníquese a la siguiente dirección o número telefónico:

Peninsula Community Health Services
P.O. Box 960
Bremerton, WA 98337

Nuestro Funcionario de Privacidad es:

Barbara Malich, CEO
(360) 478-2366

Rev.: octubre 2007



**Peninsula
Community
Health
Services**

Notificación de Prácticas de Privacidad

Effectivamente: 14 de abril 2003

Peninsula Community Health Services

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.

Cuándo podremos usar o compartir su información?

Excepto en ciertas situaciones legales que se describen a continuación, PCHS debe obtener su autorización o consentimiento por escrito para usar y/o divulgar su información.

Con su autorización por escrito, PCHS únicamente puede usar o divulgar su información por las siguientes razones:

Para Tratamiento: Para proveerle un mejor tratamiento o servicios médicos nosotros podremos utilizar o compartir la información sobre usted con doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos, u otro personal que esté involucrado en brindarle prestaciones y atención médica. También podremos divulgar su información a otras organizaciones o proveedores que tengan que ver con la atención de sus necesidades médicas, tales como doctores especialistas, hospitales, laboratorios y trabajadores sociales.

Por ejemplo, si nuestros doctores le refieren a un especialista u hospital, PCHS proveerá a tal especialista u hospital con toda información clínica relevante a su cuidado médico que pueda ayudarles a proporcionarle un tratamiento médico mejor. O si necesitamos enviar una muestra de su sangre a un laboratorio para que ésta sea analizada, compartiremos con el laboratorio su información médica necesaria para que ellos puedan analizar su sangre correctamente.

Estos son únicamente ejemplos de cómo podremos compartir su información con el propósito de que usted reciba la mejor atención médica disponible.

Para Pago: Podremos usar o divulgar su información para facturar y obtener pago de las reclamaciones por los servicios médicos que usted recibió. También podremos divulgar su información a su compañía de seguro médico u otro asociado responsable por el reembolso o recaudación de fondos por el tratamiento y suministros utilizados. Así mismo podremos compartir esta información con su compañía de seguro de salud u otro asociado

responsable por su cuidado y tratamiento, o si es necesario, con compañías de proceso de reclamaciones médicas.

Por ejemplo, si usted tiene un seguro de salud, nosotros no podremos ser reembolsados por los servicios y tratamiento que le hemos brindamos a menos que facturemos a su plan de salud por dichos servicios y tratamiento y gestionemos el pago o reembolso de tales servicios facturados. Este es únicamente un ejemplo, y es posible que existan otras formas en que podamos usar y compartir su información para la facturación y cobro del cargo de dicha intervención.

Para funciones rutinarias de cuidado de salud: Es posible que usemos y divulguemos información sobre su salud con el fin de ejecutar nuestras funciones administrativas. Estas funciones pueden incluir la evaluación de calidad y el mejoramiento de nuestro personal, la capacitación y entrenamiento de estudiantes médicos, el cumplimiento de reglas legales, actividades de las aseguradoras y supervisión de riesgos, y de nuestra planificación y desarrollo, gerencia y administración.

Por ejemplo, si deseamos evaluar el tratamiento y los servicios que usted ha recibido será para que mejoremos la calidad de la atención médica que podamos proporcionarle. O podríamos analizar nuestras prácticas administrativas para evaluar el rendimiento y eficacia de nuestros servicios. Estos son únicamente ejemplos, y podremos usar la información de su tratamiento y suministros de salud en otras maneras pertinentes.

Es posible que usemos y divulguemos su información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para su tratamiento, o para informarle acerca de posibles opciones para tratamiento alternativo, o darle a conocer otros servicios relacionados con su salud que podrían serle de interés. Por favor indique si usted no desea recibir tales comunicaciones para que así nosotros no usemos ni divulguemos su información para estos propósitos.

Cuáles son sus derechos legales de privacidad en relación a su información?

Por ley usted tiene derecho a:

- Solicitar restricciones y pedirnos que no usemos o que limitemos la divulgación de su información. Es posible que en ciertas ocasiones no podamos estar de acuerdo con su petición.
- Solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, o a un domicilio indicado específicamente por usted (por escrito).
- A revisar la información que guardamos en su expediente médico.
- A solicitar y obtener copia de toda o parte de la información en su archivo médico. Es posible que le cobremos una cuota razonable por estas copias.
- Solicitar que se haga una corrección a su expediente médico si usted cree que la información está incorrecta o incompleta. PCHS no está obligado a hacer estas correcciones. Si determinamos que no podemos hacer los cambios solicitados, usted tiene el derecho de hacer una declaración en contra de esta negación, explicando las razones por las que protesta esta negación. Esta declaración de protesta será incluida en su expediente.
- Solicitar un reporte de la divulgación acerca de su información que hemos hecho por otros motivos que no sean sobre su tratamiento médico, pago u operaciones del cuidado de su salud.
- Anular en cualquier momento su autorización para el uso o divulgación de la información de su salud. Su revocación será efectiva a partir de la fecha en que la recibamos, excepto hasta el punto en que se haya tomado alguna acción anteriormente.
- Si usted piensa que sus derechos de confidencialidad han sido violados, se puede comunicar por escrito a la dirección que ha sido indicada al principio de esta forma. Usted también podrá presentar su queja con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Si usted presenta una queja, la ley nos prohíbe tomar represalias en su contra.