

Notificación de las Prácticas de Privacidad

Esta notificación describe cómo la información protegida de su salud puede ser usada y dada a conocer, y cómo usted puede tener acceso a ésta información. Por favor revísela cuidadosamente.

El Centro del Oído y el Habla de Rochester usa la **Información Protegida de la Salud (PHI –Protected Health Information)** para tratamientos, obtener pago por nuestros servicios y para nuestros propósitos operacionales, tales como mejorar la calidad del servicio que le proveemos a usted. La ley nos exige mantener la privacidad de la Información Protegida de su Salud, proveerle con ésta notificación y cumplir con los términos los cuales describen nuestras prácticas sobre la privacidad de información de su salud y las prácticas de los proveedores de servicios de la salud afiliados a nuestras facilidades. Cualquier cambio que se realice a ésta notificación se le notificará.

Con su consentimiento, nosotros podemos usar y dar a conocer su PHI por razones específicas:

- **Para Tratamiento:** Nuestro personal y profesionales afiliados de la salud pueden revisar y registrar información en su historial acerca de su tratamiento y cuidado. Nosotros usaremos y daremos a conocer ésta información sobre su salud a los profesionales de la salud con el fin de que lo traten y cuiden. Nosotros podemos contactarlo para recordarle sus citas.
- **Para Pagos:** Nosotros le cobraremos a su compañía aseguradora, a usted directamente o a cualquier otra persona que sea responsable por el pago de su cuenta. Nosotros podríamos contactar su plan de salud para verificar que ellos pagarán sus citas.
- **Para Operaciones del Cuidado de la Salud:** Nosotros podemos usar y dar a conocer su PHI a otros para la operación del negocio de nuestra agencia. Por ejemplo, nosotros podemos usar el PHI para evaluar los servicios de nuestra agencia, incluyendo el desempeño de nuestro personal y para educar a nuestro personal.

Dar a conocer información por otras razones específicas:

Nosotros podemos usar y dar a conocer su PHI, sin consentimiento específico para lo siguiente:

- **Colegas del Negocio:** Nosotros podemos compartir su PHI con nuestros vendedores y agentes que nos ayudan con la obtención de pagos o llevan a cabo las funciones de nuestro negocio.
- **Familia o Compañero involucrado en su cuidado:** Si usted no objeta, nosotros podemos dar a conocer su PHI a un miembro de la familia o compañero que este involucrado con su cuidado o el pago por dicho cuidado.
- **Ayuda en caso de Desastre:** En el caso de que ocurra un desastre, nosotros podemos dar a conocer su PHI a una organización que este asistiendo con ayuda debido al desastre.
- **Salud Pública y Actividades de seguridad:** Nosotros podemos dar a conocer su PHI para actividades de salud pública incluyendo el reportar enfermedades, lesiones, eventos vitales y el manejo de vigilancia, investigación y/o intervención de la salud pública.
- **Actividades de Negligencia a la Salud:** Nosotros podemos dar a conocer su PHI a agencias que se relacionan con negligencia a la salud para llevar a cabo auditorías, investigaciones, inspecciones y acciones sobre las licencias u otros procedimientos legales.
- **Reporte de Víctimas de Abuso o Negligencia:** Nosotros podemos ser requeridos el dar a conocer su PHI si nosotros sospechamos que usted ha sido abusado o víctima de negligencia.
- **Cumplimiento de la ley:** Nosotros podemos dar a conocer su PHI con el fin de ciertos cumplimientos de la ley u otras funciones gubernamentales especializadas.
- **Información de la persona difunta:** Nosotros podemos dar a conocer su PHI a los médicos forenses, examinadores médicos y directores funerales.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Nosotros podemos dar a conocer su PHI durante el curso de ciertos procedimientos judiciales o administrativos.

- **Investigaciones:** En general, nosotros solicitaremos que usted firme una autorización escrita antes de usar su PHI o darlo a conocer a otros con propósitos investigativos. Sin embargo, nosotros podemos usar o dar a conocer su PHI sin su autorización por escrito con propósitos investigativos si la investigación ha sido revisada y aprobada conforme a una corporación especial / HIPAA o la revisión institucional de la junta.
- **Para impedir una amenaza seria a la salud o seguridad:** Nosotros podemos ser requeridos el dar a conocer su PHI, si en nuestra opinión, el hacerlo ayudaría a impedir una seria amenaza para el público.
- **Personal Militar:** Nosotros podemos dar a conocer su PHI a los comandos de las autoridades apropiadas.
- **Compensación del trabajador:** Nosotros podemos usar o dar a conocer su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con compensaciones al trabajador o programas similares.
- **Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia, Servicios de Protección:** Nosotros podemos dar a conocer su PHI a oficiales federales autorizados que estén conduciendo actividades de inteligencia y seguridad nacional.
- **Según lo requiera la Ley:** Nosotros daremos a conocer su PHI cuando la ley lo requiera.
- **Mercadeo y colección de fondos:** Nosotros podemos contactarlo respecto a los servicios del Centro del Oído y el Habla de Rochester, para compartir noticias comunitarias o para participar en actividades de colección de fondos. Usted puede solicitar que no se le envíen éstas comunicaciones, notificándole a la persona encargada de Preguntas/Quejas, cuya información se encuentra al final de éste documento.

Nosotros usaremos y daremos a conocer su PHI solamente de acuerdo a lo descrito en ésta notificación o cuando sea requerido por la ley, de lo contrario su autorización por escrito es necesaria. Usted puede revocar su autorización para el uso de su PHI por escrito, en cualquier momento. Para revocar su autorización, contacte el Departamento de Registros Médicos. Si usted revoca su autorización, nosotros ya no usaremos/daremos a conocer su PHI con los propósitos cubiertos, excepto cuando usted lo especifique en su autorización.

Derechos de los Clientes:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de su salud. Si usted quiere ejercer cualquiera de éstos derechos, usted debe hacer su requerimiento al Departamento de Registros Médicos:

- **Derecho de acceso a la Información Protegida de la Salud:** Usted puede solicitar acceso a inspeccionar y copiar su PHI que es mantenido en nuestros registros, incluyendo registros médicos y su cuenta. Su requerimiento debe ser por escrito. Nosotros responderemos a su requerimiento en un lapso de 10 días a partir de la fecha cuando es recibido. Si nosotros debemos rehusar su requerimiento, nosotros le enviaremos la negación por escrito. Si ésto sucede, usted puede pedir una revisión de la negación. Nosotros podemos cobrarle por éste servicio.
- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted puede solicitarnos que se limite el uso de su PHI. Nosotros cumpliremos su solicitud excepto cuando la ley lo requiera, en emergencias, o cuando la información es necesaria para su tratamiento. Su solicitud debe ser por escrito, especificando la información que desea sea restringida, indicando si la restricción es limitar nuestro uso, e indicando a quien aplican las restricciones.
- **Derecho a una Explicación sobre Información entregada:** Usted puede solicitar una lista de la información entregada de su PHI en los pasados seis años. Usted no puede solicitar información de fechas de servicios antes del 14 de Abril del 2003. Su primera solicitud dentro de un período de 12 meses es gratis, pero podremos cobrar por listas adicionales dentro del mismo periodo de los 12 meses.
- **Derecho a Solicitar Correcciones:** Usted nos puede solicitar correcciones a la información sobre su salud si usted cree que es incorrecta o incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir una razón que soporte la corrección. Nosotros podemos rehusar su solicitud, y si éste es el caso, le daremos la negativa por escrito incluyendo las razones por las cuales se negó su solicitud y una explicación de su derecho a enviar una declaración escrita de desacuerdo con la negación.

- **Derecho a una Copia en Papel de ésta Notificación:** Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de ésta notificación usando la información sobre a quien contactar. (usted también puede obtener una copia de ésta notificación en nuestra página de Internet, www.rhsc.org).
- **Derecho a solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Nosotros haremos todo el esfuerzo de comunicarnos con usted en forma confidencial. Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted con respecto a su salud personal de cierta forma o en cierto lugar.

Preguntas/Quejas: Preguntas o quejas respecto a ésta notificación de prácticas de privacidad o de cómo el Centro del Oído y el Habla de Rochester maneja su información de salud, deben ser dirigidas a: Centro del Oído y el Habla de Rochester (Rochester Hearing and Speech Center), Attn: Kathleen Gilman, 1000 Elmwood Avenue, #400, Rochester, NY 14620. Si usted no está satisfecho con la forma que ésta oficina maneja una queja, usted puede enviar una queja formal a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services).

Fecha Efectiva: 4/13/03