



## NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

FF001932

*Together, we're better*

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA.

POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

**Si tiene alguna pregunta con respecto a esta notificación, por favor comuníquese con a la Oficina de Cumplimiento de Health First (Health First Corporate Compliance Office ) al 321-434-5657.**

### QUIÉN ESTÁ OBLIGADO AACATAR ESTA NOTIFICACIÓN?

Esta notificación describe las prácticas de Health First y esas de:

- Cualquier profesional de la salud autorizado a ingresar información en su historia médica.
- Todos los departamentos y unidades de Health First, incluyendo las 3 instalaciones hospitalarias que son parte de Health First.
- Cualquier miembro de un grupo voluntario que permitamos lo ayude a usted mientras esté en el hospital o en algunas de nuestras instalaciones.
- Todos los empleados y personal médico que integran el equipo de Health First.
- Entidades proveedoras de Health First en nuestro sistema de salud así como nuestros subsidiarios.
- Entidades proveedoras que tengan un Acuerdo Organizado de Salud con Health First.

### NUESTRA GARANTÍA SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos responsabilizados a protegerla. Creamos un registro sobre el cuidado y servicios que usted recibe en nuestras instalaciones. Necesitamos este registro para brindarle a usted cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación aplica a todos los registros sobre su cuidado generados por nuestra organización, independientemente que haya sido realizado por el personal de Health First o su médico personal. Su médico personal puede tener distintos o procedimientos notificaciones sobre el uso y revelación de la información médica generada en su oficina o clínica. Esta notificación le informará sobre las formas en que podríamos utilizar y revelar la información médica sobre usted. Ella también le especifica sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y revelación de la información médica.

### La Ley requiere:

- Asegurar que su información médica sea se mantenga en privado.
- Informarle a usted. sobre nuestras obligaciones legales y prácticas privadas con respecto a la información médica sobre su persona.
- Ejectuar las sondiciones que estén actualmente vigentes en dicha notificación (desde el 1° de Abril de 2003).

### CÓMO PODEMOS UTILIZARY REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que utilizamos y revelamos información médica. Para cada categoría de usos y revelaciones, explicaremos su significado y daremos algunos ejemplos. No todos los usos o revelaciones en una categoría serán descritos. Sin embargo, todas las fqrmas permitidas a utilizar o revelar, estarán dentro de una de las categorías.

- **Tratamiento:** Podríamos utilizar la información médica sobre usted para brindarle cuidados o servicios médicos. Podríamos revelar su información médica a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina o a otro personal médico que tengan que ver con su cuidado mientras esté visitando, una de nuestras instalaciones, Por ejemplo, un médico que lo esté tratando por una fractura, necesitaría saber si usted es diabético, porque la diabetes puede dilatar el proceso de uración. Adeinás, el doctor necesitaría comunicarle al dietista que usted es diabético para que le preparen comidas adecuadas. Los diferentes departamentos podrían compartir su información médica, con el objeto de coordinar las diferentes cosas que requiera, tales como: medicamentos, exámenes de laboratorio y rayos-X. También podríamos revelar su información médica a personas ajenas a nuestras instalaciones, y que velarán por su cuidado, médico después que le demos de alta, como el médico de la familia, proveedores de cuidado a domicilio, o proveedores de equipos médicos duraderos.
- **Pagos:** Podríamos utilizar y revelar información médica sobre usted para que el tratamiento y servicios que reciba puedan ser relacionados para que usted. los pague diréctalliente o por medio de una agencia de serguero, o por terceras personas. Por ejemplo,

podríamos dar información a su aseguradora acerca de la cirugía que haya recibido, para que ésta nos pague o le reembolse lo correspondiente por ese concepto. También podríamos; informarle a la aseguradora, acerca del tratamiento postoperatorio que vaya a recibir, con el objeto de obtener la autorización previa, o determinar si su plan de seguro cubrirá el tratamiento. Podríamos necesitar compartir su información demográfica con otro proveedor que le haya brindado cuidados, con el objeto de que puedan relacionar dichos servicios para el pago correspondiente. Por ejemplo, podríamos necesitar dar su información demográfica y la información del seguro, al servicio de ambulancias que lo condujeron a la sala de emergencias.

- **Actividades médicas:** Podríamos utilizar y revelar su información médica para actividades médicas. Estos usos y revelaciones, son necesarios para operar nuestras instalaciones, y aseguramos que todos nuestros pacientes reciban un cuidado de calidad. Por ejemplo, podríamos usar su información médica para resumir nuestro tratamiento y servicios, y evaluar el rendimiento del personal que cuida de usted. Podríamos también combinar información médica de muchos pacientes, con el objeto de decidir qué otros servicios adicionales deba ofrecer nuestra organización, qué servicios son innecesarios, y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos revelar información a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, y a otro personal de Health First para propósitos de evaluación y estudio. También podemos combinar la información médica que tenemos, con la información médica de otras organizaciones o proveedores médicos, con el objeto de comparar nuestro rendimiento y ver cómo podemos mejorar el cuidado y servicios que ofrecemos. Del conjunto de información médica, podemos remover información que lo identifique a usted, con el objeto de que otros puedan utilizarla para estudiar sobre el tratamiento médico, sin revelar quiénes son los pacientes.
- **Recordatorio de citas:** Podríamos utilizar y revelar su información médica para comunicarnos con usted y recordarle que usted tiene una cita para tratamiento o cuidado médico en una de nuestras instalaciones, consultorios médicos o clínicas. Por ejemplo, podríamos llamarlo a su casa y dejarle un mensaje para recordarle su cita.
- **Alternativas de tratamiento:** Podríamos utilizar o revelar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o tratamientos alternativos que puedan interesarle.
- **Beneficios y servicios relacionados con la salud:** Podríamos utilizar o revelar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.
- **Actividades benéficas:** Podríamos utilizar su información médica para que se comunique con usted durante campañas para recaudar fondos para nuestra organización y sus operaciones. Podríamos revelar información médica a fundaciones relacionadas, con Health First para que se comunique con usted cuando vayan a recaudar fondos. Sólo podríamos revelar la información necesaria para que se comunique con usted, como nombre, dirección, número de teléfono y fechas en que recibió tratamiento o servicios médicos de uno de nuestros proveedores. Si usted no quiere que Health First se comunique con usted para campañas de recaudación de fondos, debe notificarlo por escrito a **Health First Foundation, 1350 S. Hickory Street, Melbourne, Florida 32901.**
- **Directorio del hospital:** Mientras usted esté en una de nuestras instalaciones, podríamos incluir en el directorio del hospital, cierta información limitada acerca de usted, tal como su nombre, localización dentro del hospital, y afiliación religiosa. El directorio médico, con excepción de la afiliación religiosa, puede ser entregada a personas que lo soliciten por su nombre completo. Su afiliación religiosa puede proporcionarse a miembros del clero, como un padre o rabino, aunque no lo soliciten por su nombre. Ésto es para que su familia, amigos y clero puedan visitarlo en el hospital y preguntar por su salud. Si no desea que revelemos su nombre al clero, en el momento de registrarse, puede solicitar que su nombre se elimine del censo de afiliación religiosa. Si no desea que su nombre aparezca en el directorio del hospital, debe notificar al registrador al momento de registrarse, o pedirselo a su proveedor médico durante su hospitalización.
- **Personas involucradas en su cuidado o pago de su cuidado:** Podríamos revelar su información médica a un amigo o familiar que este involucrado en su cuidado médico. También podríamos darle información a alguien que lo ayude a pagar por su cuidado. También podríamos participarle a su familia o amigos sobre su condición y que se encuentra en el hospital o una de nuestras instalaciones. Adicionalmente, podemos revelar su información médica a algún organismo que colabore en esfuerzos de desastres para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, estado, y localización. Si no desea que revelemos su nombre a familiares o amigos, debe notificar al registrador al momento de registrarse.
- **Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, podríamos utilizar y revelar información sobre usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación pudiese involucrar la comparación de la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron cierto medicamento, comparado con otro administrado para la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y la utilización de la información médica. Antes de que utilizemos o revelemos información médica para investigación, el proyecto tiene que estar aprobado mediante el proceso de aprobación de ese proyecto. Podemos, sin embargo, revelar su información médica a personas que estén preparándose para conducir un proyecto de investigación, por ejemplo, ayudándolos a buscar a pacientes con requerimientos médicos especiales, con tal de que dicha información no trascienda de la organización Health First. Casi siempre solicitaremos su permiso específico, si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección, u otra información que revele su entidad, o si estará

involucrado en su tratamiento.

- **Lo exigido por la Ley:** Divulgaremos su información médica cuando así sea exigido por la Ley federal, estatal, o local.
- **Para prevenir una seria amenaza a la salud o a la seguridad:** Podríamos utilizar o revelar información médica sobre usted cuando sea necesario prevenir una amenaza seria para su salud o seguridad, así como la del público u otra persona. Sin embargo, cualquier revelación se le haría a alguien capaz de ayudar a prevenir tal amenaza.

#### SITUACIONES ESPECULES

- **Donación de órganos y tejidos:** Si usted es donante de órganos, podríamos revelar información médica a organizaciones que manejan la búsqueda de órganos, ojos, o trasplante de tejidos, o a un banco de donación de órganos, cuando sea necesario para facilitar donaciones de órganos o tejidos y transplantación.
- **Militares y veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podríamos revelar información médica sobre usted como es requerido por las autoridades militares comandantes. Pudiésemos también revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades extranjeras militares apropiadas.
- **Compensación de Trabajadores:** Podríamos revelar información médica sobre usted para la Compensación de Trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios para enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos a la salud pública:** Podríamos revelar información médica sobre usted sobre sus actividades públicas de salud. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
  - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidad.
  - Notificar los nacimientos o muertes.
  - Notificar el abuso o negligencia de niños o ancianos.
  - Notificar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
  - Notificar a personas sobre productos defectuosos que puedan estar utilizando.
  - Notificar a las personas que pudiesen haber estado expuestas a enfermedades o estén en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
  - Notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica. Sólo haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando es requerido o autorizado por la Ley
- **Negligencias médicas:** Podríamos divulgar información médica a una agencia de control de negligencia médica para aquellas actividades autorizadas por la Ley. Estas actividades relativas a la negligencia médica incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoré el sistema de salud, programas gubernamentales y la conformidad con las leyes sobre derechos civiles.
- **Demandas y disputas:** Si usted está envuelto en una demanda o disputa, podemos revelar información médica sobre usted, en respuesta a una orden administrativa o de la corte. También pudiéramos revelar su información médica, en respuesta a una citación, solicitud de esa información, u otro proceso legal por alguien envuelto en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos por informarle a usted acerca de la solicitud, o para obtener una orden para proteger la información requerida.
- **Aplicación de la Ley:** Podríamos revelar información médica si es requerida por una autoridad competente:
  - en respuesta a una orden de la corte, citación, garantía, o procesos similares.
  - para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
  - acerca de la víctima de un crimen si, bajo ciertas limitaciones, no podemos solicitar la aprobación de la persona.
  - acerca de una muerte que sabemos es resultado de una conducta criminal.
  - acerca de conducta criminal en el hospital.
  - en casos de emergencia para denunciar un crimen; la localización del delito o víctimas; o la identidad, descripción, o localización de la persona que cometió el crimen.
- **Forenses, examinadores médicos, y directores de servicios funerarios:** Podríamos revelar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto pudiese ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte. También podemos revelar la información médica de nuestros pacientes a los directores de servicios funerarios, con el objeto de que realicen sus funciones.
- **Seguridad nacional y actividades de inteligencia:** Podríamos revelar su información médica a oficiales federales autorizados para llevar a cabo labores de inteligencia, contrainteligencia, y de seguridad nacional autorizadas por la Ley.
- **Servicios de protección para el presidente u otros:** Podríamos revelar su información médica a oficiales federales autorizados para que puedan brindar protección al presidente de los Estados Unidos, a otras personas autorizadas, a jefes de estados de otras naciones, o para llevar a cabo investigaciones especiales.

- **Reclusos:** Si usted es un recluso en un correccional, o está bajo custodia de alguna autoridad, podemos revelar su información médica a dichas autoridades. Esta revelación podría ser necesaria: 1) para que la institución pueda brindar atención médica, 2) para proteger la salud y seguridad suya o de otras personas, 3) para la protección y aseguramiento de la institución correccional.

### OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y revelaciones de la información médica no contempladas en esta notificación, o por las leyes aplicables, serán posibles sólo en el caso de su autorización por escrito. Dicha autorización para utilizar o revelar su información médica, puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Si éste es el caso, no utilizaremos o revelaremos más su información médica para el propósito especificado en su autorización escrita. Queda entendido que no podremos hacer nada con respecto a las revelaciones ya hechas con su consentimiento, y que estamos obligados a mantener nuestros archivos con el mismo cuidado que le hemos proporcionado.

### SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a revisar y reproducir:** Usted tiene el derecho a revisar y reproducir la información médica que vaya a ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Esto incluye toda la información médica excluyendo notas psicoterapéuticas.
  - Para revisar y reproducir la información médica que vaya a ser utilizada para la toma de decisiones sobre su cuidado, dirija su solicitud directamente a Health Information Management Department (Medical Records) en la instalación donde recibió tratamiento o la oficina del médico donde recibió cuidado. Si solicita una copia de su información para su uso personal, podríamos cobrarle una cantidad por los costos de reproducción, correo, u otros materiales asociados con su solicitud.
  - Podríamos negar su solicitud de revisar y reproducir en ciertas circunstancias limitadas. Si éste es el caso, puede solicitar la revisión de esa negativa. Otro profesional de la salud, escogido por la organización (no la persona que le negó la solicitud), revisará su solicitud de revisión. Nosotros cumpliremos con el resultado de esa revisión.
- **Derecho a modificar:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedir que modifiquemos la información. Usted tiene el derecho de requerir una modificación con tal de que la información se mantenga en el hospital, y que no sea para tratamiento, pago, o actividades del hospital. Para solicitar una modificación, puede hacer su solicitud directamente a Health Information Management Department (Medical Records) en la instalación donde recibió tratamiento o en la oficina del médico donde recibió cuidado. Además, debe suministrar una razón que apoye su solicitud. Podríamos rechazar su solicitud de modificación si no es por escrito o no incluye una razón que apoye la solicitud. Además, podríamos negar su solicitud si quiere que modifiquemos la información que:
  - no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó no esté disponible para hacer la correspondiente modificación.
  - no es parte de la información médica mantenida por o para una de nuestras entidades que cubrimos.
  - no es parte de la información que le es permitida revisar y reproducir.
  - es precisa y completa.
- **Derecho a un informe sobre revelaciones:** Usted tiene el derecho a solicitar una "relación de revelaciones." Esto es, una lista de las revelaciones hechas de su información médica, que estarían fuera del tratamiento, pago, o actividades relativas al tratamiento médico explicadas anteriormente. Estamos obligados a mantener un informe de esas revelaciones por un período mínimo de seis años, que hayan ocurrido después del 14 de Abril, 2003. Para solicitar esta lista de revelaciones, debe suministrar por escrito su solicitud a **Health First Health Information Management Department, 1425 Malabar Rd NE, Palm Bay, FL 32907, Attn: Data Integrity Auditor**. Su solicitud debe indicar un período de tiempo y no debe incluir fechas anteriores al 14 de Abril, 2003. La primera lista que solicite durante un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podríamos cobrarle por los costos involucrados en crear la lista. Le notificaremos el costo y podrá escoger en retirar o modificar su solicitud antes de que incurramos en cualquier gasto. Le daremos la lista dentro del tiempo indicado por la Ley federal.
- **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted, para propósitos de tratamiento, pago, o actividades médicas. También tiene el derecho de solicitar una limitación en su información médica que le revelamos a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago del mismo, como un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, podría exigir que no utilicemos o revelemos información sobre los procedimientos quirúrgicos que usted recibió. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, puede hacerlo directamente al Health Information Management Department (Medical Records) en la instalación donde es atendido. En su solicitud debe decirnos 1) que información quiere limitar; 2) si quiere limitar nuestro uso, revelación, o ambos; y 3) a quien quiere limitar, por ejemplo, a su cónyuge.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tratándose de ternas médicos, usted tiene el derecho a que nos comuniquemos con usted en cierta forma, o en cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted en el trabajo, o por correo. Para solicitar una comunicación confidencial, debe hacer la solicitud en la instalación donde está siendo atendido. No le exigiremos la razón de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea nuestra comunicación.
- **Derecho a una copia corriente de esta notificación:** En cualquier momento usted tiene el derecho a exigir una copia corriente de esta notificación. Inclusive, si ha estado de acuerdo en recibir esta notificación electrónicamente, usted tiene el derecho a exigir una copia corriente de esta notificación. La referida copia la puede obtener en los siguientes sitios del Internet: [www.health-first.org](http://www.health-first.org) y [www.melbournesamedaysurgery.com](http://www.melbournesamedaysurgery.com). Para obtener una copia corriente de esta notificación, puede solicitarla en cualquiera de las **Oficinas de Cumplimiento de Health First al 321-434-5657.**

### **CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN**

Nos reservamos el derecho a cambiar esta notificación, así como a hacer efectiva la notificación revisada o cambiada para fines de la información médica que ya tenemos sobre usted, así como también, para cualquier información que recibamos en el futuro. Archivaremos en el hospital, una copia de la actual notificación, a la cual se le colocará en la esquina inferior izquierda de la primera página, la fecha efectiva. Además, cada vez que se registre, o sea admitido en el hospital para tratamiento o servicios médicos como paciente interno o externo, le ofreceremos una copia de la actual notificación que esté en vigencia. Estamos obligados a solicitarle que la firme, para dejar constancia de que ha recibido dicha notificación.

### **QUEJAS**

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a Health First o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja a Health First usted puede: 1) enviar una solicitud por escrito al **Oficial de Cumplimiento de Health First a Health First, In. 6450 US Highway 1, Rockledge, FL 32955**, 2) enviar un mensaje electrónico **Corporate.Compliance@Health-First.org**, o 3) llamar a la **Oficina de Cumplimiento, Información Privada y Seguridad de Health First al número directo para ayudar al paciente que es 1-888-400-4512.**

**No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ES UNA TRADUCCIÓN DEL ORIGINAL DOCUMENTO EN INGLÉS. LOS TÉRMINOS EN INGLÉS PREVALECERÁN EN CASO DE ALGUNA DISPUTA CON RESPECTO AL SIGNIFICADO DEL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO.