

## ANUNCIO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



Para una lista de las instalaciones de Columbus Regional Healthcare System cubiertas por este Anuncio de las Prácticas de Privacidad por favor, vea nuestra página web, [www.crhealthcare.org](http://www.crhealthcare.org) o llame a la Línea de Atención al Cliente al (910) 642-1785  
Efectivo el 14 de abril de 2003  
Modificado el 15 de diciembre de 2012

A copy of this Notice is also available in English. Una copia de este Anuncio está disponible también en inglés.

### **ESTE ANUNCIO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE**

#### **NUESTRA PROMESA EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD**

Entendemos que la información sobre usted y su salud es personal y nos comprometemos a protegerla. Produciremos un historial del cuidado y servicios que recibe en Columbus Regional HealthCare System (CRHS por sus siglas en inglés), sus subsidiarios y otras entidades relacionadas.

Utilizamos y revelamos este historial para proporcionarle cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este historial estará disponible para todos los profesionales de cuidado de la salud que necesiten tener acceso como se describe en este Anuncio, muchos de los cuales estarán involucrados en su tratamiento en alguna instalación o consultorio de cuidado de la salud de CRHS. Este Anuncio aplicará a todos los historiales de su cuidado generados por CRHS. Este Anuncio le dirá de las maneras como podemos utilizar o revelar información sobre su salud. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en relación a la utilización y revelación de dicha información. Estamos obligados por ley a:

- ▯ Asegurar que la información sobre salud que le identifica se mantenga en privado.
- ▯ Proporcionarle un anuncio de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información sobre su salud.
- ▯ Observar los términos del Anuncio que está en efecto actualmente.

#### **¿QUIÉN OBSERVARÁ LOS TÉRMINOS DE ESTE ANUNCIO?**

- ▯ Cualquier profesional de cuidado de la salud autorizado para ingresar información en su historial médico en CRHS, incluyendo médicos mientras sean parte del personal médico de una instalación de cuidado de la salud o consultorio de CRHS.
- ▯ Todos los departamentos y unidades de CRHS y consultorios de propiedad de CRHS y sus subsidiarios.
- ▯ Todos los empleados, personal, voluntarios y otros profesionales de CRHS.

Además, estas instalaciones de CRHS pueden compartir entre si la información sobre salud con propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud como se describe en este Anuncio.

### ¿CÓMO SE UTILIZA SU INFORMACIÓN?

**Para tratamiento.** Podemos utilizar y revelar su información de salud para proporcionar, coordinar o manejar el cuidado de su salud y servicios relacionados, tanto entre nuestros propios proveedores como con otros involucrados en su cuidado. Por ejemplo, un médico que le trata por una pierna fracturada necesita saber si usted tiene diabetes ya que esto afecta el proceso de recuperación. Puede que él/ella se lo comunique al nutricionista para que así usted tenga comidas apropiadas. Él/ella puede comunicarlo a la persona encargada de su caso para que usted obtenga los recursos apropiados cuando le den de alta. Los diferentes departamentos de CRHS también pueden compartir su información con el fin de coordinar diferentes cosas que necesite, tales como recetas, exámenes de laboratorio y radiografías.

**Para pago.** Generalmente, podemos utilizar y dar su información de salud a otros para cobrar y obtener pago por el tratamiento y los servicios que le hemos proporcionado. Antes de que usted reciba los servicios programados, puede que nos comuniquemos con su plan de salud para pedir aprobación de pago por los servicios que le vamos a proporcionar o podemos ponernos en contacto con Medicare o Medicaid para averiguar si califica para cobertura. También podemos compartir partes de la información sobre su salud con departamentos de facturación, compañías de seguros, planes de salud y sus agentes los cuales dan o pueden darle cobertura; también con agencias de reporte del consumidor. Por ejemplo, si se fracturó una pierna puede que necesitamos dar a su plan de salud información sobre su condición, los suministros usados (tales como yeso/escayola o muletas) y los servicios que recibió (tales como radiografías o cirugía).

**Para operaciones de cuidado de la salud.** Podemos utilizar y revelar su información de salud con el fin de realizar nuestras actividades de negocios y operaciones de cuidado de la salud, las cuales nos ayudan a mejorar la calidad y el costo del cuidado que le proporcionamos a usted y a otros pacientes. Por ejemplo, podemos mirar en los historiales de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU, por sus siglas en inglés) para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal. También podemos utilizar información sobre la salud del paciente para decidir qué nuevos servicios debemos ofrecer, qué servicios no se necesitan y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. Podemos revelar información para propósitos legales, educación, licencias y otros.

**Recordatorios de citas.** Podemos utilizar y revelar su información de salud con el fin de ponernos en contacto con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento o cuidado médico.

**Alternativas al tratamiento.** Podemos utilizar y revelar su información de salud con el fin de comunicarle o recomendarle opciones posibles al tratamiento o alternativas que serían de interés para usted.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos utilizar y revelar su información de salud con el fin de comunicarle sobre los beneficios o servicios que serían de interés para usted o sobre nuevas instalaciones que estemos inaugurando.

**Asociados de negocios.** A veces empleamos otras personas para ayudarnos a llevar a cabo nuestros servicios. Podemos revelarles su información de salud para que puedan desempeñar

el trabajo que les hemos pedido hacer. Les exigimos proteger su información de salud y mantenerla confidencial. Por ejemplo, podemos emplear un servicio para transcribir partes de su historial médico o emplear una agencia de facturación y cobranzas para cobrarle a usted o a su compañía de seguros por los servicios prestados u obtener el pago.

## **USOS DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD CON LA OPCIÓN DE EXCLUSIÓN**

***Puede oponerse a algunos usos y revelaciones de su información.***

**Actividades para recaudar fondos.** Podemos utilizar su información de salud para comunicarle nuestro esfuerzo por recaudar dinero para CRHS y sus operaciones. Podemos revelar información de salud a una fundación relacionada con CRHS la cual puede comunicarse con usted respecto a recaudar dinero para un tratamiento o una causa de servicio relacionado. Revelaríamos solamente información demográfica, tal como su nombre, dirección, número de teléfono y las fechas cuando recibió tratamiento o servicios. Si no desea que CRHS se ponga en contacto con usted para los esfuerzos de recaudar fondos, debe indicarlo por escrito al Oficial Líder de Privacidad ( Privacy Officer en inglés) 500 Jefferson Street, Whiteville, NC 28472.

**Directorio del hospital.** A menos que se oponga, podemos incluir su nombre, lugar en el hospital y su estado general (ej., bien, regular, grave, etc.) en el directorio de CRHS mientras usted es paciente del hospital. La información del directorio puede ser revelada a las personas que preguntan por usted mencionando su nombre. A menos que se oponga, también podemos compartir esta información, lo mismo que su afiliación religiosa con el clero afiliado con su fe, aunque no pregunten mencionando su nombre. Para oponerse a su inclusion en el directorio, indíquelo al miembro del personal que le registra o proporciona cuidado.

**Salud mental.** Si recibió tratamiento en una instalación de salud mental, su información puede ser compartida con otros proveedores por fuera de esa instalación para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo, si va a tener cirugía en el hospital, su cirujano puede revisar la información de su tratamiento de salud mental, para asegurarse que el plan de cuidado es conveniente para usted. Tiene el derecho a oponerse que la instalación de salud mental revele la información disponible entregando una solicitud por escrito al miembro del personal que le registra o le proporciona cuidado. Por favor, permita cinco (5) días laborales para que su oposición entre en efecto. Tenga en cuenta que existen situaciones en las cuales podemos revelar información sobre su salud mental, aún si decide oponerse, como en el caso de una emergencia. Puede volver a aceptar indicándolo de manera similar.

### **Las personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado.**

Podemos compartir con un miembro de familia, representante personal, amigo u otra persona que usted identifique, la información sobre su salud que está relacionada directamente con su cuidado o pago por su cuidado. Por ejemplo, si usted está en el plan de seguro de su esposo(a), él o ella puede tener acceso a una cuenta que indica su tratamiento. Podemos compartir su información cuando es necesario comunicarles el lugar donde se encuentra, su estado general o fallecimiento. En una emergencia o si está en discapacidad, usaremos nuestro juicio profesional para decidir si es lo mejor para usted revelar la información sobre su salud a la persona involucrada en su cuidado. Si trae miembros de familia u otros a sus citas y no nos comunica el motivo para que ellos escuchen sobre su información médica, entonces nos permitiremos interpretarlo como su consentimiento para que así lo hagan.

## **INTERCAMBIOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Podemos proporcionar información sobre el cuidado de su salud a un intercambio de la información de salud (HIE por sus siglas en inglés) en el cual participamos. HIE es una base de datos de historial médico en la que otros proveedores de cuidado de la salud que le atienden pueden tener acceso a su información médica desde donde se encuentren, suponiendo que sean miembros de HIE. Entre estos proveedores se pueden incluir sus médicos, centros de enfermería, agencias de cuidado en el hogar u otros que le proporcionan cuidado por fuera de nuestros hospitales o nuestros consultorios. Por ejemplo, usted puede estar de viaje y tener un accidente en otra área del estado. Si el médico que le está tratando es miembro de HIE en el cual participamos, él/ella puede tener acceso a información sobre usted a la que otros han contribuido. Tener acceso a esa información adicional puede ayudar a su médico a proporcionarle rápidamente cuidado informado porque él/ella obtendrá de HIE bastante conocimiento de su historia médica, alergias o recetas. Si no desea que su información médica forme parte de HIE y sea compartida con estos miembros proveedores de cuidado de la salud, puede oponerse visitando [www.crhealthcare.org](http://www.crhealthcare.org) y llenando el formulario para no participar. Tomará cinco (5) días laborales para que la oposición entre en efecto. Tenga en cuenta que si se opone, sus proveedores no tendrán la información más reciente sobre usted lo cual puede afectar su cuidado. Si decide volver a participar después, visite [www.crhealthcare.org](http://www.crhealthcare.org)

### **SITUACIONES ESPECIALES**

En algunas situaciones, podemos utilizar o compartir la información sobre su salud sin su permiso o sin darle la oportunidad de oponerse. Ejemplos de estas situaciones incluyen:

**Cuando la ley solicita la revelación**

**Para propósitos de donación de órganos, ojos o tejido**

**Para actividades de salud pública** (tales como prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; para reportar nacimientos o fallecimientos; para reportar abuso o negligencia de niños o adultos discapacitados; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos, etc.)

**Para actividades de descuidos de salud**

**Para un procedimiento legal**

**Para cumplimiento de la ley**

**Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad**

**Para investigadores, examinadores médicos o directores de funeraria**

**Para alivio durante un desastre**

**Para investigación**

**Para funciones especializadas del gobierno**

**Para compensación de trabajadores**

### **LEYES ESTATALES Y FEDERALES**

A veces, las leyes estatales o federales nos exigen proteger o revelar la información sobre su salud en conformidad con y además de lo establecido en este Anuncio. Por ejemplo, la ley estatal protege la información sobre su salud bajo el privilegio de médico-paciente. Según la ley, también existen situaciones cuando se nos exige o permite revelar su información, tales como nuestra obligación de reportar heridas con arma de fuego. Los siguientes son apenas unos pocos ejemplos de situaciones comunes donde las leyes estatales o federales nos exigen proteger o revelar su información:

**Tratamiento para uso de drogas y alcohol.** Si recibe tratamiento para uso de drogas y alcohol en un centro de rehabilitación que funciona con fondos federales, las leyes federales nos impiden divulgar esa información, excepto en ciertas situaciones. Por ejemplo, si existe una emergencia o si usted amenaza con lastimar a alguien, podemos revelar la información apropiadamente.

**Menores de edad no independientes.** En Carolina del Norte, si usted es menor de 18 años de edad, no se ha casado y no se ha independizado legalmente, puede consentir en tratamiento para embarazo, abuso de drogas y/o alcohol enfermedades venéreas o trastornos emocionales sin necesidad de un adulto. La información permanecerá confidencial a menos que su médico determine que sus padres o tutor(a) necesitan conocer esta información porque existe una amenaza grave a su vida o a su salud o porque sus padres o tutor(a) han específicamente pedido su tratamiento. Tenga en cuenta que a las menores de edad aún se les exige obtener consentimiento de los padres o de la corte para tener un aborto.

**Inspecciones y encuestas.** Una o más de nuestras instalaciones y servicios están sujetos a inspección por parte de la agencia estatal y federal y representantes de acreditación quienes pueden revisar la información sobre salud de los pacientes, la cual se nos exige proporcionar. Por ejemplo, el estado puede pedir revisar historiales como parte de su inspección para la licencia de nuestro hospital o revisar una queja (usted puede tener ciertos derechos a oponerse a estas revelaciones). Las directivas para licencias pueden revisar los historiales cuando evalúan los méritos de un proveedor.

### OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD

Usos y revelaciones de su información de salud no cubiertas por este Anuncio o por leyes aplicables que no están indicadas necesariamente aquí se hará con su permiso por escrito únicamente.

### SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos en relación a la información que mantenemos sobre su salud:

- 1. Acceso a una copia de su historial médico** Puede pedir ver y obtener una copia de su historial médico y de otra información pero en algunos casos especiales, no obtendrá toda la información. Por ejemplo, si su médico decide que algo en su archivo podría ponerle a usted o a alguien más en peligro, su solicitud para acceso puede ser negada.
  - En la mayoría de los casos, las copias de su historial médico se le entregarán dentro de los 30 días pero este período de tiempo puede extenderse por otros 30 días.
  - Puede que tenga que pagar por el costo de copiar y enviar por correo si solicita copias y envío. Para solicitar una copia de su historial médico, debe enviar una solicitud por escrito al Medical Record Custodian de la instalación o consultorio donde se le trató. Puede encontrar el formulario para solicitar su historial médico en el sitio web de Columbus Regional HealthCare System [www.crhealthcare.org](http://www.crhealthcare.org).
- 2. Revocar una autorización** Si nos ha dado permiso para utilizar o revelar información sobre su salud, puede revocar ese permiso en cualquier momento dando aviso por escrito al Privacy Officer, 500 Jefferson Street, Whiteville, NC 28472. Si revoca su permiso, no utilizaremos o revelaremos más su información por las razones cubiertas en su autorización escrita. Debe entender que no podemos recuperar las revelaciones ya hechas antes de su aviso de revocar.
- 3. Solicitud de cambios a la información sobre su salud** Puede pedir hacer cambios o agregar información a su historial médico si piensa que está incorrecto o incompleto. Una solicitud para hacer cambios a la información sobre su salud se conoce también como "solicitud para enmienda". El proveedor tiene derecho a decidir si concede la solicitud para enmienda. Por ejemplo, si usted y su proveedor están de acuerdo en que su archivo tiene el resultado

incorrecto de una prueba, el proveedor lo cambiará. Sin embargo, si esa persona cree que el resultado de la prueba está correcto, su desacuerdo será anotado en su archivo.

▮ La solicitud para enmienda debe hacerse por escrito al Medical Records Custodian de la instalación o consultorio donde le trataron. Debe describir la enmienda y dar una razón por la cual debe hacerse.

▮ Generalmente respondemos a su solicitud para enmienda dentro de los 60 días pero en algunos casos puede tardar 30 días más y si esto sucede le proporcionaremos el motivo.

#### **4. Obtener una lista de cuándo y por qué la información sobre su salud se compartió**

Tiene derecho a solicitar un “recuento de revelaciones”. Esto es una lista de las revelaciones de la información sobre su salud (aunque no incluye revelaciones hechas para tratamiento, pago u operaciones para cuidado de la salud o lo que autorizó). Esta lista se conoce como “recuento de revelaciones”. Para obtenerla, debe hacer una solicitud por escrito al Privacy Officer, 500 Jefferson Street, Whiteville, NC 28472. Debe incluir el período de tiempo para la s

▮ olic Piutuedd.e obtener un recuento gratis de revelaciones cada 12 meses. Puede que tenga que pagar por más de un reporte dentro de un período de 12 meses.

▮ En la mayoría de los casos, le entregaremos el recuento de revelaciones dentro de los 60 días pero puede tardar 30 días más en algunos casos y si esto sucede le comunicaremos el motivo.

**5. Solicitud para restricciones al compartir su información** Tiene derecho a solicitar una restricción o límite a la información de salud que utilizamos o revelamos para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. También tiene derecho a solicitar un límite a la información que revelamos sobre usted a la persona involucrada en su cuidado, como un miembro de familia o amigo(a). Por ejemplo, puede pedir que no utilicemos información con su hermano(a) o que no le revelemos sobre una cirugía que haya tenido. Tenga en cuenta que si nos pide no revelar información a su plan de salud por artículos o servicios que pagó en total y de su bolsillo, no le revelaremos información a dicho plan. Para solicitar una restricción, debe hacer su pedido por escrito al Privacy Officer, 500 Jefferson Street, Whiteville, NC 28472. En su solicitud debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea que limitemos nuestro uso, revelación o ambos; (3) a quién desea que se apliquen los límites (por ejemplo, revelaciones a su esposo

(a). **No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud.** Si estamos de acuerdo, no podemos seguir sus restricciones en algunas situaciones, tales como en emergencias o cuando lo exige la ley.

**6. Solicitud para cambiar cómo ponernos en contacto con usted** Puede hacer solicitudes razonables de ponerse en contacto con usted en diferentes lugares o de diferentes maneras. Por ejemplo, puede hacer que la enfermera le llame a su teléfono celular en vez de al número de su casa o pedir que sus resultados de laboratorio sean enviados a su oficina en vez de a su casa. Si el enviar información a su casa le pone en peligro, su proveedor de salud debe hablarle, llamarle o escribirle a donde haya pedido hacerlo y de la manera como lo haya pedido si la solicitud es razonable. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacerlo por escrito al Privacy Officer, 500 Jefferson Street, Whiteville, NC 28472. No necesita darnos el motivo para su solicitud. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables pero debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted. Le preguntaremos igualmente cómo va a manejar los pagos.

**7. Derecho a una copia impresa de este Anuncio** Tiene derecho a una copia impresa de este Anuncio en papel cuando la solicite. También puede en cualquier momento obtener una copia de este Anuncio en nuestra página web, [www.crhealthcare.org](http://www.crhealthcare.org) o en la instalación de CRHS donde recibió tratamiento.

### CAMBIOS A ESTE ANUNCIO

Nos reservamos el derecho de cambiar este Anuncio. Nos reservamos el derecho de poner en efecto este Anuncio revisado para la información que ya tenemos sobre usted como también cualquier otra información sobre salud que originamos o recibamos en el futuro. El Anuncio tendrá la fecha de efectividad en la primera página. Publicaremos una copia del Anuncio sobre Prácticas de Privacidad en cada instalación de CRHS para tratamiento y en nuestra página en la página web, **[www.crhealthcare.org](http://www.crhealthcare.org)**.

### QUEJAS

Si cree que su información fue utilizada o compartida de una manera no permitida bajo la ley de privacidad o si cree que sus derechos fueron negados, puede formular una queja con CRHS y con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services en inglés).

### MÁS INFORMACIÓN Y ANUNCIO

Si tiene preguntas sobre este Anuncio o quejas sobre nuestras prácticas de privacidad o si desea saber cómo formular una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor comuníquese con el Privacy Officer en el (910) 642-1785. ***No se le sancionará por presentar una queja.***