

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD DE COMMUNITY HEALTH NETWORK, INC.**

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA LA INFORMACIÓN MÉDICA DE CARÁCTER PERSONAL Y CÓMO EL PACIENTE PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE LEERLO DETENIDAMENTE.**

Este aviso describe las prácticas de confidencialidad de Community Health Network, Inc., Community Hospital North, Community Hospital East, Community Hospital South, Community Heart and Vascular Hospital, (localidad que pertenece a Community Hospital East), Community Howard Regional Health, Community Howard Specialty Hospital, Community Physician Network, Community Howard Physician Network, Community Home Health, Community Surgery Center North, Community Surgery Center East, Community Surgery Center South, Community Surgery Center Hamilton, Community Surgery Center Howard, Community Surgery Center Northwest, Community Surgery Center Plus, Community Endoscopy Center Indianapolis, Community Digestive Center Anderson, y sus afiliados, incluyendo: cualquier miembro del personal médico, empleados, voluntarios y profesionales del cuidado médico autorizados a entrar información en sus registros médicos o de salud (de aquí en adelante referidos como Community Health Network o Network (Red)).

### **I. Nuestra Obligación de Resguardar Su Información Médica Confidencial:**

Se considera “información médica confidencial” (Protected Health Information, PHI) toda información individual identificada acerca de su salud o condición del pasado, presente o futuro, los servicios médicos brindados o el pago por los servicios médicos suministrados. Se deja expresa constancia de que toda información acerca de su persona y su estado de salud es de carácter personal y, como tal, nos comprometemos a resguardarla. De conformidad con lo dispuesto por las leyes vigentes, nuestra institución se encuentra obligada a asegurar que su PHI se mantenga en confidencialidad, como así también a entregarle el presente aviso acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de confidencialidad. Este documento detalla cómo, cuándo y en qué situaciones podemos utilizar y divulgar su PHI. En términos generales, sólo tendremos acceso, utilizaremos o divulgaremos, el mínimo de su información médica confidencial necesaria a fin de cumplir con el objetivo del mencionado uso o divulgación de su PHI. Si se descubre una violación en su PHI no confidencial, estamos obligados a notificarle sobre esta infracción.

Estamos obligados a cumplir con las prácticas de confidencialidad descritas en el presente aviso; no obstante, **nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas y las cláusulas del presente aviso a cualquier momento.** También nos reservamos el derecho a poner en vigencia las disposiciones en relación con toda PHI que se encuentra ahora bajo nuestro poder o que recibamos en el futuro. En caso de realizar cambios en el presente aviso, el nuevo aviso será exhibido en el área de inscripción de pacientes y/o en las salas de espera como también será publicado en nuestra dirección en línea eCommunity.com. Habrá copias de las prácticas de confidencialidad vigentes en las áreas de inscripción para la disponibilidad de los proveedores indicados anteriormente.

### **II. Cómo Podríamos Utilizar y Divulgar Su Información Médica Confidencial:**

Podemos tener acceso, utilizar y divulgar su PHI por diversas razones. La siguiente sección le ofrece una descripción y ejemplifica casos sobre el acceso, utilización y divulgación de su PHI. Otras formas de utilización y divulgación no descritas en este aviso se realizarán únicamente con su autorización.

**Utilización y Divulgación Relacionado al Tratamiento, Pago o Actividades del Servicio de Salud.** Puesto que somos un sistema integrado, podemos compartir su PHI con personal designado dentro de la Red, por el tratamiento, pago o propósitos de actividades relacionadas. También podríamos contratar compañías particulares para la realización de estas actividades. Generalmente, nosotros podríamos tener acceso, utilizar o divulgar su PHI:

- **Para tratamiento:** Podemos tener acceso, utilizar o divulgar, o permitir a otros que tengan acceso, utilicen o divulguen su PHI a médicos, enfermeras y al resto de miembros del personal médico quienes están proporcionando o coordinando su atención médica. Por ejemplo, se compartirá su PHI entre los miembros de su equipo de tratamiento, proveedores de salud a quienes ha sido referido, personal de instituciones para recuperación después de una hospitalización, personal de farmacias, etc. Si usted está internado, podrá colocarse su nombre sobre la puerta de su habitación.
- **Para obtener pagos:** Podemos tener acceso, utilizar o divulgar, o permitir a otros que tengan acceso, utilicen o divulguen su PHI para efectuar la facturación correspondiente y gestionar el cobro de los servicios de salud brindados. Por ejemplo, podemos suministrar su PHI a Medicare/Medicaid, a un asegurador privado o a un plan de seguro de salud colectivo a fin de obtener el cobro de los servicios así proporcionados. Puede resultar necesario suministrar su PHI a la agencia estatal de Medicaid para determinar el cumplimiento de los requisitos para recibir servicios financiados con fondos públicos.
- **Para las actividades de servicio de salud:** Podemos tener acceso, utilizar o divulgar su PHI en el curso de nuestras actividades. Por ejemplo, podemos utilizar su PHI o sus respuestas a una encuesta de opinión para evaluar los servicios brindados por nuestro personal médico, así como también revelar su PHI a nuestros auditores o abogados con fines legales y de auditoría. Podríamos también compartir su PHI con organismos de control de otorgamiento de licencias tales como el Departamento de Salud del Estado de Indiana [Indiana State Department of Health]. Quizás permitamos a otros proveedores el acceso, utilización y divulgación de su PHI para propósitos de actividades de salud, cuando usted a la vez sea paciente de tal proveedor. Por ejemplo, podríamos compartir su PHI con otros proveedores con el fin de evaluar la calidad de servicios siendo proporcionados.
- **Para recaudación de fondos:** Nuestra institución como las Fundaciones que nos patrocinan podrán contactarle para recolectar fondos a no ser que nos haya notificado lo contrario. Usted tiene el derecho de no participar en el recibimiento de comunicaciones sobre recaudación de fondos, y nosotros le informaremos como lograr esto en cada una de nuestras comunicaciones pertinentes a este tema.

**Usos y Divulgaciones Que Requieren Autorización:** Para otros usos y divulgaciones no descritas en este aviso, se requiere contar con una autorización por escrito a no ser que el uso y la divulgación esté dentro de una de las excepciones descritas a continuación. Toda autorización podrá revocarse por escrito. Si revoca su autorización nos abstendremos de continuar utilizando y divulgando su PHI por los motivos o los fines especificados en su autorización por escrito empezando en la fecha que se reciba su revocación. No podrá aplicarse su revocación a la información ya revelada (Consulte la Sección VI para instrucciones sobre cómo revocar una autorización). No podemos rehusarnos a brindarle tratamiento médico si usted no firma una autorización para divulgar su PHI a no ser que los servicios suministrados tengan por único fin elaborar un historial clínico para un tercero, tal como la realización de exámenes físicos o toxicológicos destinados a un empleador o una compañía de seguros; o en caso de que el tratamiento se relacione con estudios de investigación médica que requieran de autorización para utilizar esta información para tales propósitos. No venderemos su PHI o utilizaremos o divulgaremos para propósitos de mercadeo sin su autorización. No divulgaremos las notas tomadas en una sesión de psicoterapia (así definido por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos – Health Insurance Portability & Accountability Act) sin su previa autorización.

**Usos y Divulgaciones Que No Requieren Autorización:** La ley en vigencia nos permite tener acceso, utilizar y divulgar su PHI sin su autorización en ciertas situaciones, incluido pero no limitado:

- **De conformidad con lo dispuesto por la ley:** En caso de que la ley determine la obligación de divulgar su PHI en relación con cualquier posible situación de abuso y/o abandono, o la supuesta perpetración de un delito, o en referencia a productos o actividades regulados por la Administración de Alimentos y Drogas [FDA], o en respuesta a una orden judicial. Asimismo, podemos revelar su PHI a toda autoridad que supervise el cumplimiento de estos requisitos de confidencialidad.
- **Con fines de proteger la salud pública:** Podemos revelar su PHI cuando estamos obligados o permitidos a coleccionar información acerca de enfermedades o lesiones, o suministrar información relativo a estadísticas demográficas a una autoridad pública sanitaria, tales como informes de casos de tuberculosis o nacimientos y muertes.
- **Para actividades de supervisión sanitaria:** Podemos divulgar su PHI al Departamento de Salud del Estado de Indiana [*Indiana State Department of Health*] o a otros organismos a cargo del control del sistema médico de salud con el fin de elaborar informes o investigar situaciones extraordinarias.
- **Cuando existe un deceso:** Podemos revelar su PHI relacionado con la muerte de una persona a médicos forenses, supervisores médicos, funerarias y organizaciones dedicadas a la obtención de órganos.
- **Para propósitos de estudios científicos:** En determinadas circunstancias, y bajo la supervisión de la Junta de Revisión Institucional [*Institutional Review Board*], estamos facultados para revelar su PHI con el fin de promover la investigación médica, como por ejemplo para comparar la salud y el proceso de recuperación de diferentes grupos de pacientes que recibieron distintos medicamentos.
- **Para evitar una amenaza hacia la salud y la seguridad:** Con el fin de evitar serios riesgos a la salud o seguridad de una persona o del público en general, podemos revelar su PHI en virtud de lo dispuesto por un organismo de seguridad u otras personas que puedan razonablemente prevenir o reducir la posibilidad de la amenaza.
- **Para entidades facultadas para exigir el cumplimiento de la ley:** Podemos revelar su PHI a todo organismo encargado de exigir el cumplimiento de la ley en las siguientes circunstancias: en respuesta a una orden judicial; para identificar a un sospechoso, testigo o persona desaparecida; en relación con víctimas de delitos; muertes dudosas que se podría sospechar es el resultado de un delito; o un delito que ocurre en nuestras instituciones.
- **Para determinadas actividades gubernamentales:** En ciertas circunstancias estamos facultados para divulgar su PHI relativo a miembros de las Fuerzas Armadas en actividad o jubilados, a institutos correccionales, y para colaborar en la realización de operaciones de inteligencia y seguridad nacional, tales como la protección del Presidente de la nación.
- **Para propósitos del Seguro Médico del Empleador [*Workers' Compensation*]:** Podemos divulgar su PHI a su empleador o al encargado del seguro de su empleador en conformidad con el régimen de indemnizaciones por accidente de trabajo u otros programas similares que otorguen beneficios en caso de que el empleado sufra un accidente o enfermedad de trabajo.
- **Personas encarceladas o privadas de su libertad:** Los derechos enumerados en el presente aviso no se aplicarán a personas reclusas en prisiones o institutos correccionales.

**Usos y divulgaciones Donde Usted Tiene la Oportunidad de Expresar su Oposición:** En los siguientes casos, podemos revelar su PHI si le notificamos por adelantado acerca de la posible divulgación y usted tiene la oportunidad de aceptar, prohibir o limitarla. Sin embargo, en caso que se presentara una emergencia, y de no contar con la posibilidad de expresar su oposición, podrá divulgarse toda información que resulte acorde con las intenciones previamente expresadas por el paciente siempre y cuando se determine que dicha divulgación resultará en su beneficio. En tal caso, usted será informado y concedido la oportunidad de expresar su oposición a mayores usos o divulgaciones para propósitos de los directorios de los pacientes en cuanto se encuentre en condiciones de hacerlo.

- **Directorios de pacientes:** Si usted está hospitalizado, se podrá incluir en el directorio de pacientes su nombre, ubicación, estado de salud y la religión que profesa para brindar información a toda persona que llame o concurra a la institución incluyendo el clero. Si usted solicita que le marquen como paciente “sin información”, los voluntarios, los empleados y las recepcionistas no informarán a nadie que usted se encuentra en la institución, y así las flores, el correo, las llamadas telefónicas y las visitas no serán aceptadas si no se ofrece el número de su habitación.
- **Para las familias, amistades u otras personas que participan en su atención:** Podemos brindar a estas personas información directamente relacionada con su participación en el tratamiento o con su responsabilidad por el pago correspondiente, así como también para notificarles acerca de su ubicación, estado de salud o defunción.
- **Asistencia en casos de catástrofes:** En caso de que se produzca una catástrofe, estamos facultados para brindar su PHI a todo organismo de damnificados, público o privado, a fin de coordinar la forma de notificar a sus familiares y amigos acerca de su ubicación, estado de salud o deceso.

### III. Sus Derechos en Relación con su Información Médica Confidencial (PHI)

Usted cuenta con los siguientes derechos en relación con su información médica confidencial:

**Para solicitar restricciones a su uso y divulgación:** Usted tiene el derecho de solicitar límites a cómo usamos y divulgamos su PHI. Debe realizar esta solicitud por escrito. Si ha pagado usted por completo por un servicio y nos ha solicitado que no compartiéramos su PHI relacionado a aquel servicio con un plan de salud, debemos estar de acuerdo con tal solicitud. Para cualquier otra solicitud de limitar el uso y divulgación de su PHI, consideraremos su solicitud pero no estaremos obligados a aceptar restricción alguna. En el caso de que aceptemos las limitaciones al uso o divulgación de su PHI, se elaborará un informe por escrito y cumpliremos con estas limitaciones con excepción de las situaciones de emergencia. Si estamos de acuerdo, se aplicarán estas restricciones solamente a los afiliados de la Red enumerados al comienzo del presente aviso. Sin embargo se deja expresa constancia de que resulta imposible dejar sin efecto divulgaciones ya efectuadas. Asimismo no podemos aceptar ningún tipo de limitación a los usos o divulgaciones exigidos por la ley.

**Para solicitar comunicaciones de carácter confidencial:** Puede solicitar el envío de información a una dirección diferente o por medios alternativos como, por ejemplo, solicitar que se le contacte únicamente a su trabajo. En tal caso, deberá efectuar su pedido por escrito, que deberá aceptarse en tanto resulte razonable.

**Para examinar y copiar su PHI:** De no tratarse de información de acceso restringido debido a razones claras y documentadas relativas al tratamiento, todo paciente tiene derecho a examinar su información médica confidencial previa solicitud por escrito. Daremos respuesta a su solicitud dentro de un plazo de 30 días. Si su pedido es negado, se brindará una explicación detallada acerca de los motivos y de sus posibles derechos a solicitar una revisión de la decisión. Si desea obtener copias de su PHI, podrá cobrarse un arancel en concepto de gastos de producción. Si desea una copia en un formato electrónico, le proporcionaremos así una copia electrónica de su PHI si se puede fácilmente reproducir en el formato que lo solicita. Tiene derecho a seleccionar qué parte de su información desea reproducir y a obtener por adelantado el costo de esta reproducción.

**Para solicitar una modificación de su PHI:** Si considera que se ha producido un error u omisión en nuestros registros, puede solicitar por escrito que se realice la corrección. Las solicitudes deberán incluir los motivos por los que se solicita la modificación. Daremos respuesta a su solicitud dentro de un plazo de 60 días a partir de su recepción. Podemos rechazar una solicitud de modificación de datos en caso de no presentarse por escrito o por no incluir los motivos que la respaldan. También podemos rechazarla si

determinamos que la información médica confidencial cuenta con las siguientes características: (1) es correcta y completa; (2) no ha sido elaborada por nuestra institución y/o no forma parte de nuestros registros; o (3) no puede ser divulgada. De denegarse su solicitud, se brindará una explicación detallada acerca de los motivos y de sus derechos a solicitar una revisión de la decisión, junto con toda declaración que usted presente, los cuales se adjuntarán a su registro. De aprobarse la solicitud, se realizarán los cambios en su PHI, se notificará al paciente y a todo tercero que necesite tener conocimiento de esta modificación.

**Para averiguar qué divulgaciones de su información personal se han realizado:** Tiene derecho a obtener una lista de dónde, a quién(es), para qué propósito y qué contenido de su PHI ha sido divulgado, a excepción de lo que lo enumeramos a continuación. (Esto se denomina una declaración de información divulgada). Su solicitud puede relacionarse a divulgaciones realizadas hasta hace seis años atrás. La lista no incluirá: ninguna divulgación realizada para el tratamiento, pago o propósitos de las actividades de atención médica; divulgaciones autorizadas por usted; destinadas para la seguridad nacional; brindadas a través de un directorio de la institución; o a autoridades legales o correccionales. Su solicitud deberá presentarse por escrito, y se le enviará una respuesta dentro de un plazo de sesenta días de recibida. Será gratuita la primera lista del año, no obstante, podrá cobrarse un arancel para las listas subsiguientes.

**Para recibir una copia impresa de este aviso:** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso y /o una copia digital enviada por correo electrónico. Para obtener una copia de este aviso, sírvase contactar a una de las personas indicadas en la Sección V abajo.

#### **IV. Cómo Presentar un Reclamo Respecto a Nuestras Prácticas de Confidencialidad**

Si considera que hemos violado sus derechos de confidencialidad o si no está de acuerdo con alguna decisión respecto al acceso a su información médica confidencial, puede presentar un reclamo ante una persona indicada en la sección V abajo, o puede presentar un reclamo anónimo llamando al 1-800-638-5071, o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos [*Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services*]. **No se tomará represalia alguna contra quien presente un reclamo.**

#### **V. Lista de Personas a Quienes Puede Contactar Para Solicitar Información o Presentar un Reclamo:**

Si tiene preguntas relacionadas a este aviso o reclamos sobre nuestras prácticas de confidencialidad, sírvase contactar:

- Marti A. Baker, Lead Compliance Consultant, 317-621-7321, mabaker@eCommunity.com;
- Dea Kent, Director of Risk Management, Community Home Health, 317-621-4815, DKent@eCommunity.com;
- Leslee Lantz, Senior Compliance Analyst, Community Howard Regional Health, 765-776-8462. Llantz@communityhoward.org;
- Jackie Smith, VP Compliance, 317-621-7324, Jackie.Smith@eCommunity.com.

## **VI. Instrucciones Para la Revocación de una Autorización:**

Podrá solicitar por escrito la revocación de toda autorización para tener acceso, utilizar o divulgar su PHI, con la excepción de los siguientes casos: 1) en tanto se haya divulgado la información de conformidad con una autorización previamente otorgada, o 2) en caso de que la autorización se haya otorgado como condición para la obtención de una cobertura de seguro y otra ley confiere al asegurador el derecho de impugnar un reclamo en virtud de la póliza. Su revocación expresada por escrito deberá incluir la fecha que se otorgó la autorización, el nombre de la persona u organización autorizada para recibir la PHI, su firma y la fecha en la cual firmó la revocación. La revocación escrita deberá ser dirigida a: Health Information Management, Release of Information, 1500 N. Ritter Ave., Indianapolis, IN 46219. Tal revocación entra en vigor cuando haya sido recibida por el personal de la Red.

## **VII. Fecha de Vigencia:**

Fue actualizado: 7/10/2018