

**AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS  
PARA RADIOLOGY REGIONAL CENTER  
(El "Proveedor")**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

**ESTA NOTIFICACIÓN ENTRA EN VIGENCIA EL 23 DE SEPTIEMBRE DEL 2013.**

Este aviso describe las políticas de privacidad del proveedor y se aplica a los médicos, profesionales de salud, empleados, funcionarios y demás personal que prestan servicios al Proveedor. Las personas y las organizaciones a las que se aplica el presente aviso (mencionados como "nosotros", "nuestro" y "nos") han acordado cumplir con los términos de este aviso. Podemos compartirnos su información para fines de tratamiento y si es necesario para pagos y operaciones descritas a continuación.

Este aviso se aplica a cualquier información en nuestro poder que le permitiría a alguien identificarle y averiguar algo acerca de su salud. Su propósito es describir las políticas que protegen información médica relacionada a sus pasadas, presentes y futuras condiciones médicas, el tratamiento médico y el pago por tal tratamiento (llamada "**Información Médica Protegida**" o "**PHI**" *por sus siglas en inglés*). No se aplica a información que no pudiera razonablemente utilizarse para identificarle.

**NUESTRAS OBLIGACIONES LEGALES**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud.
- Estamos obligados a proporcionar este aviso de nuestras prácticas de privacidad a cualquier persona que lo solicite.
- Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso hasta que se adopte oficialmente una nueva notificación.

**COMO PODEMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA.**

Podemos usar su PHI o divulgar su PHI a otros, por una serie de razones diferentes. Este aviso describe las categorías de los motivos para usar o divulgar su información. Para cada categoría, le proveemos una breve explicación y en muchos casos hemos proporcionado ejemplos. Los ejemplos no incluyen todas las maneras específicas en que podemos usar o divulgar su PHI. Sin embargo, cada vez que usemos o divulguemos su información en la administración de los Planes será para una de las categorías de las mencionadas abajo.

**Tratamiento.** Nosotros usaremos su información de salud para brindarle atención y servicios médicos. Esto significa que nuestros empleados, personal y otras personas que trabajan bajo nuestro directo control pueden leer su información de salud para averiguar acerca de su condición médica y utilizarlo para tomar decisiones sobre su cuidado. Por ejemplo, un auxiliar médico puede leer su expediente médico con el fin

de cuidarle correctamente. También daremos su información a otros que lo necesiten con el fin de brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, podemos enviarle a su médico los resultados de las pruebas de laboratorio o radiografías que realicemos.

**Pago.** Nosotros usaremos su información de salud y se la daremos a conocer a otras personas, según sea necesario para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, un empleado de nuestra oficina de finanzas puede utilizar su información de salud para preparar un cobro y podemos enviar ese cobro y cualquier información de salud que este contenga a su compañía de seguros. También podemos revelar su información de salud a compañías a las que podemos contratar para servicios relacionados con pagos. Podemos dar información sobre usted a un plan de salud que paga por sus beneficios. No utilizaremos o divulgaremos información para fines de pago sin ser necesario.

**Manejos de cuidado médico.** Podemos usar su información de salud para actividades que son necesarias para el manejo de esta organización. Esto incluye lectura de su información médica para revisar el rendimiento de nuestro Personal. También podemos utilizar su información y la información de otros pacientes para planificar los servicios que necesitamos proveer, ampliar o reducir. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a una empresa que nos ayuda con el aseguramiento de calidad. Podemos revelar su información de salud si es necesario a otras personas con las que tenemos un contrato para proporcionar servicios administrativos. Esto incluye, por ejemplo, a nuestros abogados, auditores, servicios de acreditación y consultores.

**Para los Asociados de Negocios.** El Proveedor puede contratar a terceros que puedan necesitar su PHI para llevar a cabo determinados servicios en nombre del Proveedor. Estos terceros son "**Socios de Negocios**" del Proveedor. Socios de Negocios deben proteger cualquier PHI que reciban, crean y mantengan de parte del Proveedor.

**Familia y Amigos.** Podemos revelar su información médica a un miembro de su familia o alguien que esté involucrado en su atención médica o pago por el cuidado médico. Podemos notificar a su familia o amigos, si usted está en el hospital e informarles de su condición general. En el caso de un desastre, podemos proporcionar información sobre usted a una organización de ayuda humanitaria para que puedan notificarle a su familia de su condición y ubicación. No revelaremos su información a familiares o amigos si usted se opone. También podemos revelarles a sus representantes personales que tienen la autoridad para actuar en su nombre (por ejemplo, a los padres de menores de edad o una persona con un poder notarial).

**Supervisión de Salud Pública.** Podemos revelar su información médica a una agencia de supervisión de salud pública para actividades de supervisión autorizadas por la ley. Esto incluye el uso y divulgación de investigaciones civiles, administrativas o criminales, licencias o acciones disciplinarias (por ejemplo, para investigar las denuncias contra proveedores de cuidado de salud), inspecciones y otras actividades necesarias para la supervisión apropiada de los programas del gobierno (por ejemplo, para investigar el fraude de Medicaid).

**Para reportar abuso.** Podemos revelar su información de salud cuando la información se refiere a una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Vamos a hacer este informe sólo de acuerdo con las leyes que requieran o permitan tales informes o con su consentimiento.

**Requisito legal de revelar información.** Vamos a revelar su información cuando nos sea requerido por la ley para hacerlo. Esto incluye reportar información a agencias del gobierno que tienen la responsabilidad legal de supervisar el sistema de atención de salud. Por ejemplo, podemos estar obligados a revelar su información de salud, así como la información de otros si somos auditados por Medicare o Medicaid.

**Aplicación de la ley.** Podemos divulgar su información médica para propósitos de aplicación de la ley. Esto incluye proveer información para ayudar a localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o

persona desaparecida o en relación con presunta actividad criminal. También debemos divulgar su información médica a una agencia federal que investiga el cumplimiento de las regulaciones federales de privacidad.

**Por Demandas y Disputas.** Podemos revelar su PHI en respuesta a una orden de un tribunal o agencia administrativa, pero sólo en la medida de lo expresamente autorizado en la orden. También podemos revelar PHI en respuesta a una citación, una solicitud por demanda judicial u otro proceso legal, pero sólo si hemos recibido garantías suficientes de que la información revelada será protegida.

**Propósitos Especializados.** Podemos revelar su información de salud para un número de otros propósitos especializados. Sólo revelaremos toda la información que sea necesaria para tal propósito. Por ejemplo, podemos divulgar su información a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, a organizaciones de adquisición de órganos (para la donación de órganos, ojos o tejido) o con fines de seguridad nacional e inteligencia. Podemos divulgar la información de salud de los miembros de las fuerzas armadas con la autorización de las autoridades militares. También podemos revelar información de la salud de un preso a una institución correccional u oficiales de la ley para proveer cuidado de salud a éste, para proteger la salud y la seguridad del recluso y la de los otros, así como para la seguridad, administración y mantenimiento de la institución correccional. También le podemos revelar su información médica al empleador para efectos de compensación de los trabajadores y las leyes de seguridad del lugar de trabajo (OSHA, por ejemplo). Podemos revelar su PHI a organizaciones que participan en las actividades de emergencia y esfuerzos de ayuda en desastres.

**Para evitar una amenaza grave.** Podemos revelar su información de salud si determinamos que la divulgación es necesaria para evitar daños graves al público o a un individuo. La revelación sólo se hará a alguien que sea capaz de prevenir o reducir la amenaza.

**Investigación.** Podemos revelar su información de salud en relación con los proyectos de investigación médica si se permite bajo las leyes y normas federales y estatales. El Proveedor podrá revelar PHI para su uso en un conjunto limitado de datos con fines de investigación, salud pública u operaciones de cuidado de salud, pero sólo si se ha firmado un acuerdo de uso de datos.

**Información a los pacientes.** Podemos utilizar su información médica para proporcionarle información adicional. Esto puede incluir el envío de recordatorios de citas. Esto también puede incluir el brindarle información sobre las opciones de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud que le proporcionamos.

## SUS DERECHOS

**Autorización.** Le pediremos su autorización por escrito si tenemos la intención de utilizar o divulgar su información médica por razones que no están cubiertas en este aviso, incluyendo, pero sin limitar a los usos y divulgaciones relacionadas con las notas de psicoterapia, actividades de mercadeo y cualquier venta de su PHI. Si usted nos autoriza utilizar o divulgar su información de salud, usted tiene el derecho de revocar la autorización en cualquier momento. Si desea revocar una autorización, enviará una notificación por escrito al Oficial de Privacidad que aparece al final de este aviso. Usted no puede revocar una autorización en la medida en que ya se le ha dado a conocer su información o tomadas otras medidas al amparo de la autorización. Si la autorización es para permitir la divulgación de su información a una compañía de seguros, como una condición para obtener cobertura, otras leyes pueden permitir al asegurador seguir utilizando su información para disputar reclamaciones o cobertura, incluso después de haber revocado la autorización.

**Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de pedirnos que limitemos como usar o divulgar su información médica. Usted debe hacer la solicitud por escrito. Consideraremos su solicitud, pero no estamos obligados a estar de acuerdo. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con la solicitud a menos que la

información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. No podemos estar de acuerdo para restringir las divulgaciones requeridas por la ley.

**Derecho a solicitar restricciones de procedimientos de auto-pago.** Usted tiene derecho a solicitar que no revelemos PHI a los planes de salud, ya que usted pagó por su cuenta y en su totalidad por servicios o artículos. Sin embargo, debe ser consciente de que si usted elige utilizar un reembolso de gastos médicos/cuenta de gastos flexibles (FSA) o una cuenta de ahorros de salud (HSA) para pagar por artículos de atención médica o servicios que usted desea tener restringidos, esos planes todavía requieren que usted proporcione la confirmación necesaria de los gastos con el fin de recibir el reembolso.

**Comunicación Confidencial.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud en cierta forma o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos solamente a su casa o sólo por correo. Si desea que nos comuniquemos con usted de una manera especial, tendrá que darnos más información sobre como ponernos en contacto con usted, incluyendo una dirección alternativa válida. Usted también tendrá que darnos información sobre la forma como manejará el pago. Podemos pedirle que explique de qué manera la divulgación de toda o parte de su información de salud podría ponerle en peligro. Respetaremos las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted por los medios o lugares solicitados, nos comunicaremos con usted con la información que tenemos.

**Acceso y copias de la información médica.** Usted tiene derecho a acceder a cierta PHI que tenemos en nuestros registros, la cual se limita a los archivos médicos y de facturación y cualquier otra información sobre usted que se utiliza en su totalidad o en parte para tomar decisiones sobre usted (el "Grupo Designado de Registros"). El PHI se mantiene electrónicamente en su Grupo Designado de Registros, usted tiene derecho a solicitar una copia electrónica de los registros. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo por copiar, enviar por correo y la transmisión de los registros, así como por el costo de los medios específicos que solicite, en la medida permitida por la ley estatal y federal.

Para solicitar la inspección de sus archivos o para recibir una copia, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad que aparece al final de este aviso. Su solicitud debe indicar específicamente la información que usted desea copiar. Nosotros responderemos a su solicitud dentro de un plazo razonable, pero por lo general no más de 30 días. Si no podemos responderle a su solicitud dentro de 30 días, se permite un período adicional de 30 días si le proporcionamos una declaración por escrito de la(s) razón(es) por el retraso y la fecha en que se tenga acceso. Podemos negarle el acceso a cierta información, por ejemplo, si creemos que puede poner en peligro a usted mismo/a o alguien más, en cuyo caso también vamos a explicar de que manera puede apelar la decisión.

**Modificar la información de salud.** Usted tiene el derecho de pedirnos enmendar la información médica sobre usted en su Grupo Designado de Registros que usted cree que es incorrecta o que no está completa. Usted debe hacer la solicitud por escrito y nos da la razón por la que cree que la información no es correcta o completa. Nosotros le responderemos a su solicitud por escrito dentro de los 30 días. Podemos negarle su solicitud si nosotros no creamos la información, si no es parte de los registros que usamos para tomar decisiones sobre usted, la información es algo que no se le permitiría inspeccionar o copiar o si está completa y exacta.

**Contabilidad de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones de su PHI a otros. Esto representa una lista de las veces que hemos dado información sobre su salud a otros. La lista incluirá las fechas de las divulgaciones, los nombres de las personas o entidades a las que la información se dio a conocer, una descripción de la información y la razón. Nosotros le proporcionaremos la primera lista de divulgaciones que usted solicite sin costo alguno. Podemos cobrarle por cualquier lista adicional que usted solicite durante los siguientes 12 meses. Usted debe solicitar esta lista por escrito. Usted debe decirnos el período de tiempo que desea que la lista cubra, que no podrá exceder a los últimos seis años. Las declaraciones de las siguientes razones no se incluirán en la lista: divulgaciones por tratamiento, pago u operaciones de atención médica, divulgaciones por incidentes a una

utilización o divulgación permitida, revelaciones como parte de un conjunto limitado de datos, la divulgación a miembros de su familia, otros parientes o amigos que están involucrados en su cuidado o que de otra manera necesitan ser notificados de su ubicación, condición general o muerte, divulgaciones para fines de seguridad nacional, ciertas revelaciones a personal penitenciario, policial o judicial, divulgaciones que usted haya autorizado y las revelaciones hechas directamente a usted o sus representantes.

**Derecho a la Notificación de Violación del PHI sin garantía.** Vamos a cumplir con los requisitos de la HIPAA y su reglamento de notificar a las personas afectadas, el HHS y los medios de comunicación (cuando sea necesario) si nosotros o un socio de negocios descubre una violación de la garantía PHI.

**Derechos Estatales Más Estrictos que HIPAA.** En ciertos casos, las protecciones garantizadas por las leyes estatales en vigor pueden ser más estrictas que las previstas por la ley HIPAA, por lo tanto no son reemplazables. Por ejemplo, algunos registros relativos a los registros de abuso de sustancias son objeto de protección más estrictos conforme a la Sección 397.501 (7) FS y ciertos registros de salud mental están protegidos bajo la Sección 394.4615 (2) FS Revelaciones de los registros (es decir, de ser citado, por lo general requiere el consentimiento del paciente o una orden judicial).

**Copia en papel de este Aviso de Privacidad.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Si usted ha recibido este aviso electrónicamente, usted puede recibir una copia impresa poniéndose en contacto con el oficial de privacidad que aparece al final de este aviso.

**Denuncias.** Usted tiene derecho a quejarse si cree que su privacidad ha sido violada. Le animamos a ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad si usted tiene alguna queja o pregunta como se usa o divulga su PHI. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **NUESTRO DERECHO A CAMBIAR ESTE AVISO.**

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad, como se describe en este aviso, en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de aplicar estos cambios a cualquier información de salud que ya tenemos, así como a la información médica que recibamos en el futuro. Antes de hacer cualquier cambio en las prácticas de privacidad descritas en este aviso, escribiremos un nuevo aviso que incluya el cambio. Nosotros publicaremos el nuevo aviso en nuestras oficinas y haremos copias disponibles a petición. La nueva notificación incluirá una fecha efectiva. También se mantendrá una copia de la última versión de este aviso en nuestro sitio en la red.

## **COMUNÍQUESE CON EL OFICIAL DE PRIVACIDAD PARA MÁS INFORMACIÓN**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o si desea ejercer alguno de los derechos descritos en este aviso, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad en:

HIPAA Privacy Official  
Radiology Regional Center  
3660 Broadway  
Fort Myers, FL 33901  
(239) 936-2316

