

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe las formas en las que Morris Hospital and Healthcare Centers (MHHC) puede usar y revelar su información de salud. Además, describe sus derechos y obligaciones con respecto a esta información. La ley nos obliga y tenemos el compromiso como una institución de mantener la privacidad de su información de salud y darle este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. También estamos obligados por ley a cumplir con los términos y prácticas de privacidad establecidos en nuestro aviso que está vigente actualmente y le prometemos que lo haremos.

Este aviso se aplica a todo uso y revelación de su información de salud hecha por profesionales de atención médica, personal, empleados, estudiantes, aprendices, voluntarios y ciertos asociados de MHHC en cada centro del sistema de MHHC. También aplica a cualquier intercambio de información entre los profesionales empleados por MHHC y centros y ubicaciones de MHHC. Si su médico personal no está empleado por MHHC, ella o él podría tener diferentes políticas en relación con el uso y revelación de su información de salud. Debe consultar con cada uno de sus médicos personales para obtener una copia del aviso de prácticas de privacidad que aplica para su respectivo uso y revelación de su información de salud.

### CÓMO USAMOS Y REVELAMOS INFORMACIÓN SOBRE USTED

Las diferentes formas en las que MHHC puede usar y revelar su información de salud se describen a continuación. Cada tipo diferente de uso o revelación se explica a continuación. Alguna información, como la información relacionada con el VIH, la información genética, la información sobre el trastorno por uso de sustancias y la información sobre su salud mental puede tener derecho a protecciones especiales de confidencialidad según las leyes estatales o federales aplicables. Nosotros cumpliremos con estas protecciones especiales según corresponda.

*Tratamiento.* Podemos usar y revelar su información de salud para darle tratamiento y servicios de atención médica. Por ejemplo, un médico empleado por MHHC puede usar las lecturas creadas al tomarle la presión arterial para determinar qué medicamentos pueden o no ser apropiados para usted. Podemos usar los resultados de las pruebas que se le llevan a cabo para diagnosticar su condición o una enfermedad que pueda tener o podemos revelar su información de salud a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y otros profesionales de atención médica, empleados e independientes, involucrados en su atención.

*Pago.* Su información de salud puede ser usada y revelada para fines de pago, incluso para facilitar, procesar y recibir el pago por los tratamientos y servicios de atención médica que reciba de los empleados de MHHC y en los centros de MHHC. Por ejemplo, es posible que le enviemos a su plan médico o compañía de seguros una factura detallada que describa su tratamiento para que podamos recibir el pago (o se le pueda reembolsar a usted) por la atención y los servicios prestados. También podemos revelar su información a otros proveedores de atención para sus propias actividades de pago. Si las leyes federales o estatales requieren que obtengamos una autorización por escrito de usted antes de revelar su información de salud para fines de pago, le pediremos que firme una autorización.

*Operaciones de atención médica.* Podemos usar y revelar su información de salud de diferentes maneras para administrar nuestra organización. Por ejemplo, podemos combinar su información de salud con la de otros pacientes para ayudarnos a evaluar nuestro desempeño y determinar si se necesitan servicios médicos adicionales en nuestra comunidad. Podemos usar su información de salud para revisar, evaluar, comparar y mejorar las habilidades de los miembros individuales del personal de MHHC, el nivel general de atención brindada en un centro de MHHC específico o los diferentes niveles de éxito alcanzados por medio de un tratamiento determinado entre los distintos centros de MHHC y las posibles causas de tales diferencias.

*Recaudación de fondos.* Podemos usar su información de salud para comunicarnos con usted en un esfuerzo por recaudar fondos para MHHC y sus operaciones, según lo permita la ley aplicable. Si no desea recibir nuestras solicitudes de recaudación de fondos, puede optar por no recibir dichas comunicaciones. Si no desea que nos comuniquemos con usted para fines de recaudación de fondos, llame a la oficina de la Fundación MHHC al 815-942-2932, extensión 1435. También puede enviar su solicitud de exclusión por escrito al director de privacidad indicado a continuación.

*Directorio del centro.* Cuando usted es paciente de un centro de MHHC, podemos revelar cierta información sobre usted a otras personas que pregunten por usted por su nombre. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el centro de MHHC y su condición general (por ejemplo, buena, estable, etc.). Podemos revelar esta información, así como su afiliación religiosa a los miembros del clérigo que orientan a los pacientes de MHHC. Si desea excluirse de participar en el directorio del centro de MHHC, comuníquese con el director de privacidad de MHHC indicado a continuación.

*Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.* Podemos usar o revelar a un miembro de la familia, a otro familiar, amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, la información acerca de usted relacionada con la participación de esa persona en su atención o pago relacionado con su atención. Podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si una revelación es lo mejor para usted y revelar solo la información que sea relevante directamente para la participación de la persona en su atención. Si desea restringir las revelaciones hechas a un familiar, otros parientes, amigos cercanos o cualquier otra persona que usted identifique, comuníquese con el director de privacidad de MHHC indicado a continuación.

*Esfuerzos de ayuda ante desastres.* En caso de una emergencia, podemos revelar información sobre usted a entidades que asisten en los esfuerzos de ayuda ante desastres para que puedan notificar a sus familiares sobre su ubicación y condición general. Si no desea que revelemos su información de salud con este propósito, debe indicar esto a su proveedor para que no lo hagamos, excepto cuando sea necesario para responder a la emergencia.

*Investigación.* En determinadas circunstancias, podemos usar y divulgar su información de salud para fines de investigación. Antes de comenzar, todos los proyectos de investigación que se llevan a cabo en MHHC se revisan atentamente, en relación con el propósito y alcance del proyecto en sí y en relación al uso y divulgación de su información de salud. Excepto en circunstancias muy limitadas según lo permita la ley aplicable, le pediremos su permiso específico por escrito si su información de salud se usará o divulgará en relación con un proyecto de investigación.

*Según lo requiera la ley.* MHHC divulgará su información de salud cuando lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

*Amenazas graves para la salud o la seguridad.* Podemos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad de otras personas o del público en general. Por ejemplo, como se describe a continuación, es posible que debamos reportar casos de enfermedades contagiosas o infecciosas específicas a las autoridades de salud pública o reportar posibles casos de abuso o negligencia infantil a las autoridades correspondientes.

*Actividades de supervisión de la salud.* Podemos usar y divulgar su información de salud a las agencias de supervisión de la salud para la supervisión adecuada del sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales y el cumplimiento normativo o legal. Por ejemplo, podemos divulgar información a las agencias federales o estatales apropiadas para facilitar y permitir ciertas auditorías, investigaciones, inspecciones, determinaciones de licencias y acciones disciplinarias.

*Salud pública.* Podemos divulgar su información de salud para diferentes actividades y programas de salud pública según lo autoriza la ley, que por lo general incluye lo siguiente:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Reportar estadísticas demográficas, como nacimientos y defunciones
- Reportar abuso infantil y negligencia a las autoridades correspondientes
- Notificar a las autoridades correspondientes, si la ley así lo requiere, los supuestos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Informar reacciones adversas o eventos relacionados con alimentos o suplementos dietéticos, defectos o problemas del producto o desviaciones de productos biológicos
- Notificar a las personas sobre los retiros de productos que podrían estar usando
- Notificar a las personas que fueron expuestas a una enfermedad o podrían estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o condición

*Cumplimiento de la ley.* Podemos divulgar una cantidad limitada de su información médica a los agentes del orden público según lo permita la ley. Algunas de las circunstancias en las que podemos hacerlo, incluyen:

- como respuesta a una orden del tribunal, citación, orden judicial, citatorio o un proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, y
- para denunciar una conducta criminal en las instalaciones de un centro de MHHC.

*Compensación a los trabajadores.* Podemos revelar su información de salud para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores u otros programas similares que proporcionan beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

*Donación de órganos y tejidos.* Podemos usar o revelar su información de salud para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o para un banco de donación de órganos, ojos o tejidos.

*Procedimientos legales.* Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal, según lo autorice la ley aplicable.

*Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.* Podemos revelar su información de salud a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias según sea necesario para permitir que ellos puedan llevar a cabo sus tareas.

*Servicios de protección, seguridad nacional y militares.* En ciertas condiciones, podemos revelar su información de salud para funciones especiales del gobierno, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y militares.

*Socios comerciales.* Podemos revelar su información de salud a nuestros “socios comerciales”, personas individuales o entidades que prestan servicios a MHHC. Por ejemplo, los socios comerciales incluyen las compañías que asisten a MHHC con su procesamiento de reclamos, sus proveedores de software y otros proveedores de servicios. MHHC requiere que sus socios comerciales traten su información de salud de la misma manera confidencial en que trata la información.

## SUS DERECHOS CON RELACIÓN A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene ciertos derechos respecto a la información de salud que conservamos sobre usted. Estos derechos incluyen los siguientes:

*Restricciones.* Usted tiene derecho a solicitarnos que no usemos ni demos a conocer su información de salud para fines de tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a aceptar tales solicitudes, excepto que estaremos de acuerdo en no revelar su información a un plan de salud para fines de pago o de operaciones de atención médica si la restricción solicitada se limita a la información sobre un artículo o servicio de atención médica por el cual usted nos pagó de su bolsillo en su totalidad. Para solicitar una restricción en el uso y revelación de su información de salud, debe enviar su solicitud por escrito al director de privacidad que se indica a continuación.

*Comunicaciones confidenciales.* Tiene el derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de su salud de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que enviemos los resultados de las pruebas y las facturas a una dirección que no sea su domicilio, o que le enviemos su información por correo electrónico a una dirección de correo electrónico que usted nos dé. Aceptaremos su solicitud de comunicaciones confidenciales siempre que sea razonable. Para hacer tal solicitud, debe enviar su solicitud por escrito al director de privacidad que se indica a continuación. Su solicitud debe especificar los medios alternativos o la ubicación para comunicarse con usted.

*Acceso.* Con ciertas excepciones, tiene derecho a revisar y obtener una copia en papel o electrónica de su expediente médico y otra información de salud que mantenemos sobre usted. Para solicitar la revisión o una copia de la información médica que mantenemos sobre usted, presente su solicitud por escrito o contacte a Medical Records -Release of Information (expedientes médicos - revelación de información) al 815-705-7728. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de las copias.

*Enmienda.* Tiene derecho a solicitar que modifiquemos la información de salud que tenemos sobre usted si considera que dicha información es incorrecta o está incompleta. Para solicitar una enmienda, envíe su solicitud por escrito al director de privacidad que se indica a continuación, junto con una descripción del motivo de su solicitud. Podemos rechazar su solicitud, pero si lo hacemos, le daremos una explicación por escrito de por qué denegamos la solicitud y sus derechos.

*Informe de revelaciones.* Usted tiene derecho a recibir una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información de salud. Puede enviar su solicitud por escrito al director de privacidad que se indica a continuación. Debe incluir las fechas que debe cubrir la lista, que no deben ser más de seis años antes de la fecha de su solicitud. También debe indicar la forma en que desea recibir el informe (por ejemplo, en papel o en medios electrónicos). No le cobraremos por el primer informe que le demos en un período de 12 meses. Podemos cobrarle una tarifa para cubrir nuestros costos por producir cualquier lista adicional que solicite en un período de 12 meses.

*Notificación de un incumplimiento.* Recibirá una notificación de incumplimiento de su información de salud no asegurada según lo exige la ley.

*Copia impresa del Aviso.* Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso, incluso si ha aceptado recibir este aviso de manera electrónica. Puede solicitar una copia en papel de nuestro aviso en cualquier momento solicitando uno en cualquier centro de MHHC o contactando a nuestro director de privacidad que se indica a continuación.

## OTROS USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN

Con excepción de lo que se describe en general en este aviso, usaremos y revelaremos su información de salud solo con su autorización previa por escrito. Obtendremos su autorización antes de (a) usar o revelar su información de salud para ciertas actividades de marketing de terceros; (b) vender su información de salud, o (c) revelar notas de sesiones de psicoterapia, con algunas excepciones. Usted puede revocar cualquier autorización por escrito en cualquier momento. Después de que revoque su autorización, no usaremos ni revelaremos su información médica para los fines cubiertos por la autorización revocada. Sin embargo, su revocación no se aplicará a los usos o revelaciones que se hicieron u otras acciones tomadas, en base a la autorización o para aquellas que son requeridas por la ley. Puede revocar su autorización previa comunicándose con nuestro director de privacidad que se indica a continuación.

## CAMBIOS EN ESTE AVISO

Debemos cumplir con las disposiciones de este aviso actualmente en vigencia, aunque nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y de hacer efectivo el aviso revisado para toda la información de salud que mantenemos. Si modificamos este aviso, pondremos la versión revisada a su disposición en nuestro sitio web ([www.morrishospital.org](http://www.morrishospital.org)) y le daremos una copia del aviso que está actualmente en vigencia a su solicitud.

## QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros enviando una breve descripción por escrito al director de privacidad que se indica a continuación. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department for Health and Human Services Office for Civil Rights) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o visitando <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>. En MHHC, nos esforzamos constantemente por mejorar nuestro servicio y estamos ansiosos por escuchar los comentarios de nuestros pacientes. Tenga la seguridad de que no se lo penalizará ni se tomarán represalias de ninguna manera por presentar una queja.

## CONTACTO

Nos complacería discutir con usted nuestras prácticas de privacidad y resolver cualquier posible preocupación que pueda tener. Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso o cualquiera de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nosotros a:

Morris Hospital and Healthcare Centers  
150 W. High St.  
Morris, Illinois 60450  
Attn: Privacy Officer

Teléfono: (815) 942-2932

Fax: (815) 942-3154

LÍNEA DE ALERTA: 1-844-621-0574

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia el 08/03/2021, y sustituye todas las versiones anteriores.