



# COOK COUNTY HEALTH & HOSPITALS SYSTEM CCHHS

## LOS SISTEMAS DE LOS HOSPITALES DE SALUD DEL CONDADO DE COOK AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS

**ESTE AVISO NOS DICE COMO SU HISTORIAL MÉDICO PODRÍA SER USADO Y REVELADO Y  
COMO PUEDE USTED TOMAR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

### **FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE**

#### **¿EN QUÉ CONSISTE ESTE DOCUMENTO?**

Este documento, llamado Un Aviso de Prácticas Privadas, le dice como los Sistemas de los Hospitales de Salud del Condado de Cook podría usar y revelar o compartir su información de salud. En éste le explicamos como nosotros usamos y compartimos su historial médico e información de salud para proveerle con cuidado, recibir el pago por el cuidado que proveemos y por el funcionamiento de salud (para ayudarnos a dirigir la salud y el sistema del hospital)

#### **¿PORQUÉ USTED ME ESTA DANDO ESTO A MI?**

Nosotros lo requerimos por ley para proteger la privacidad de su información de salud y proveerle con esta información. El estado y las leyes de Privacidad Federal fortalecen nuestra responsabilidad para usted, como nuestro paciente, para que cuidadosamente mantener su confidencialidad.

#### **¿QUIÉN SIGUE ESTE AVISO?**

Todas las organizaciones afiliadas de los Sistemas de los Hospitales de Salud del Condado de Cook (colectivamente CCHHS), todos los empleados, personal médico, personal de la casa, personal de investigación, estudiantes, personal de agencia, consultantes, vendedores, voluntarios y otros profesionales del cuidado de salud están permitidos revisar su récord.

#### **COMO NOSOTROS PODRIAMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Tratamiento.** Nosotros usaremos y compartiremos su información de salud para proveerle cuidado y servicios.

**Por Ejemplo:** Doctores, enfermeras u otros proveedores del cuidado de salud podrían revisar su récord para tratar su lesión o enfermedad. Su información de salud también podría ser compartida con otros profesionales de cuidado de salud fuera del CCHHS para decidir el mejor tratamiento para usted o coordinar su cuidado. Es posible que nosotros compartamos su información de salud con proveedores fuera del CCHHS por medio de Intercambio de información de Salud. El Intercambio de información de Salud es una manera segura e inmediata de compartir información electrónicamente con otros profesionales de la salud envuelta en su cuidado o coordinación de salud.

**Pago.** Nosotros podríamos usar y compartir su información de salud para recibir pago por el cuidado y servicios que nosotros le proveemos.

**Por Ejemplo:** Nosotros podríamos comunicarnos con Medicare, Medicaid, su aseguranza de la compañía u otra compañía o programa que arregle para o pague el costo de algunos o todo su cuidado de salud y averiguar si un servicio está cubierto. Es posible que nosotros compartamos su información de salud con proveedores fuera del CCHHS por medio de Intercambio de información de Salud.

**Funcionamiento del Cuidado de Salud.** Nosotros usaremos y compartiremos su información de salud para el funcionamiento administrativo del cuidado de salud. Hay muchas razones que nosotros podríamos hacer eso, una razón importante es para mantener y mejorar el cuidado del paciente.

**Por Ejemplo:** Nosotros podríamos usar su información de salud para asegurar que usted y otros pacientes obtengan la mejor calidad posible de cuidado y para revisar el desempeño de nuestros doctores, enfermeras u otros profesionales del cuidado de salud. Su información podría ser usada como parte de entrenamiento para estudiantes y ayudar para reunir las regulaciones y reconocimiento del hospital. Nosotros podríamos usar su información de salud para asegurarnos que la factura sea hecha correctamente.

#### **MÁS MANERAS ESPECÍFICAS QUE NOSOTROS USAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**En nuestro Directorio del Paciente.** Nosotros podríamos incluir su nombre, la ubicación donde usted recibe el servicio (hospital o clínica) su condición general (tal como estable o débil), y su afiliación religiosa. Nosotros mantenemos esta información para que su familia, amigos o el clero puedan visitarlo mientras usted esté aquí. Al menos que se oponga, nosotros revelaremos su ubicación y condición general a quien pregunte por su nombre. Su afiliación religiosa podrá ser revelada solamente a un miembro del clero. Si usted se opone, nosotros no revelaremos ninguna información a cualquiera que pregunte por usted.

**Recordarle por una cita.** Nosotros podríamos comunicarle para recordarle de una cita o cambiarla. Nosotros podríamos comunicarle para un seguimiento y ver como usted se encuentra después de una cita.

**Con Personas Relacionadas en Su Cuidado O Pago para Su Cuidado.** Nosotros quizás compartiremos su información de salud con sus familiares, amigos o cualquier otra persona que usted nos diga que está relacionada en su cuidado de salud o quien ayude a pagarlo. Nosotros quizás comunicaremos a su familia o amigos su condición y que usted se encuentra en uno de nuestros centros. Nosotros quizás también compartiremos su información de salud a una agencia de alivio de desastres para que se le comunique a su familia de su condición y ubicación. Usted quizás no decida compartir esta información pero usted deberá hacernos saber.

**Con Otros, Llamados Asociados Administrativos.** Nosotros quizás compartiremos su información de salud con otra compañía u organización, llamada Asociados Administrativos que nosotros contratamos para proveer un servicio para nosotros o de parte de nosotros. Nosotros solamente compartiremos su información si el Asociado Administrativo ha acordado en escrito de mantener privada la información de salud.

**Para Realizar Una Investigación.** Nosotros quizás usemos y revelemos su historial médico para propósito de investigación. La mayoría de los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso especial de aprobación. La mayoría de los proyectos de investigación requieren su permiso, si un investigador estaría relacionado en su cuidado o tendría acceso a su nombre, dirección u otra información que lo identifica. Sin embargo, la ley permite que algunas investigaciones sean hechas usando su historial médico sin requerimiento de su autorización.

**Para Compartir Información Acerca de Las Alternativas de Los Beneficios Relacionados con La Salud, Servicios y Tratamiento.** Nosotros quizás le diremos acerca de los servicios relacionados con la salud y/o productos, tratamientos posibles o alternativas disponibles para usted. Sin embargo, nosotros quizás no podríamos venderle su Información de Protección de La Salud (IPS) sin su autorización.

**Para Recaudación de Fondos.** Nosotros quizás usemos su historial médico para recaudar dinero para el CCHHS. Nosotros quizás revelemos cierta información, como su nombre, dirección, número telefónico, sexo, edad, y las fechas que usted recibió tratamiento en el CCHHS para nuestra Fundación para que podamos comunicarle. Favor de informarnos la dirección o número telefónico de este aviso si usted no desea la Fundación CCHHS se comunique con usted.

#### **NOSOTROS REQUERIMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Salud Pública y Seguridad.** Nosotros quizás compartiremos su información de salud por razones de salud pública. Por ejemplo:

- para prevenir o controlar la enfermedad, lesión o discapacidad;
- para informes de nacimientos y muertes;
- para informe de abuso al niño o negligencia;
- para reportar información al FDA acerca de productos y supervisarlos;
- para hacerle saber que usted quizás ha sido expuesto a una enfermedad o quizás ha estado al riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; o
- para su empleador en ciertos casos limitados.

**Con el Cumplimiento de La Ley.** Nosotros debemos de compartir su información de salud cuando somos requeridos por el Federal, el estado o la ley local o por el proceso de corte.

- para contestar a la orden de corte, orden judicial, citatorios u otro proceso similar;
- para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; o
- para obtener información acerca de una víctima actual o sospechoso de un crimen.

Nosotros quizás compartiremos información con el cumplimiento de la ley oficial:

- si nosotros creemos que una muerte fue el resultado de un crimen;
- para reportar crímenes en nuestra propiedad; o
- en una emergencia.

**Como una Parte de Las Reuniones Legales.** Si una corte o la autoridad administrativa nos ordenan hacerlo, nosotros quizás revelemos su historial médico. Nosotros solamente compartiremos solamente la información requerida por la orden. Si nosotros recibimos otro requerimiento legal, nosotros quizás también revelemos su historial médico. Sin embargo, para otros requerimientos, nosotros revelaremos la información si se nos dice que usted tiene conocimiento de ello, ha tenido la oportunidad de oponerse o no.

**Durante una Investigación.** La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales quizás investigara las violaciones privadas. Si su información de salud es requerida como parte de una investigación, nosotros tendremos que compartir su información con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Nosotros compartiremos su información si ellos lo piden como parte de una investigación de una violencia privada. Bajo las mismas leyes, nosotros daremos su información en su historial médico. Nosotros estamos permitidos de mantener información fuera de su alcance.

**Funciones Gubernamentales Especiales.** Nosotros quizás compartiremos su información de salud con:

**Oficiales Federales Autorizados**

- para inteligencia, contra espionaje y otras actividades nacionales de seguridad autorizadas por la ley; o
- para proteger al presidente.

**Autoridades del comando de las fuerzas armadas o del Departamento de asuntos del veterano**

- para ver si usted califica para trabajos militares o tiene derecho para servicios de salud para veteranos; o
- para ver si usted médicamente califica para recibir una autorización de seguridad por el Departamento de Estado.

**Centro correccional o cumplimiento oficial de la ley o agencia** si usted es un preso o está bajo la custodia del cumplimiento oficial de la ley o agencia, si es necesario, a:

- ayudar al centro correccional que le provee con cuidado de salud; o
- proteger su salud y seguridad y de otros.

**Abuso y Negligencia.** La ley quizás nos requiera reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica a las agencias del estado y federales. Su información quizás sea compartida con esas agencias para este propósito. Generalmente, le diremos que nosotros compartiremos esta información con esas agencias.

**Actividades de Salud en Descuido.** Ciertas agencias de salud están encargadas de supervisar los sistemas de cuidado de salud y programas gubernamentales o asegurar que las leyes de los derechos civiles están siendo cumplidas. Nosotros quizás compartiremos su información con esas agencias para esos propósitos.

**Investigador Forense, Médico Forense y Directores de Funerarias.** Nosotros quizás compartiremos la información de salud con un investigador o médico forense para identificar una persona muerta o encontrar la causa de su muerte. Nosotros también quizás revelemos la información de salud a los directores de funerarias si ellos lo necesitan para hacer su trabajo.

**Donaciones de Órganos y Tejido.** Si usted es un donante de órgano, nosotros quizás revelemos la información de salud a las organizaciones encargadas de obtenerlos, transportarlo o transplantar un órgano, ojo o tejido.

**Para Prevención de Serias Amenazas a La Seguridad.** Nosotros quizás usemos y compartiremos su historial médico para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros.

**Compensación a Los Trabajadores.** Nosotros quizás compartiremos su información de salud con agencias o personas que siguen las leyes de compensación a los trabajadores u otros programas similares.

**SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Usted Tiene Derechos de Requerir Restricciones.** Usted tiene el derecho de pedirnos de restringir los usos y dar a conocer lo que nosotros hacemos con su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud con una excepción, no tenemos que estar de acuerdo. Quizás también le pediremos que limite la información que usamos o dar a conocer con sus miembros de familia, amigos o cualquier otra persona que usted nos diga que está relacionado con su cuidado de salud o quien ayude a pagarlo. Nosotros deberemos de estar de acuerdo a su pedido a la restricción de la revelación de su IPS a un plan de salud si usted ha pagado por el artículo del cuidado de salud o el servicio completo de su bolsillo. Aparte de eso, no tenemos que estar de acuerdo. Un requerimiento para una restricción deberá ser hecho por escrito, firmado y fechado, y deberá identificarse la

clínica u hospital CCHHS que mantiene la información. Usted debería también describir la información que quiere restringir, díganos si usted quiere limitar el uso o revelarlo o ambos y díganos quien no debería recibir esta información restringida. Usted deberá presentar su requerimiento escrito a la Office of Corporate Compliance, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Nosotros lo diremos si estamos o no de acuerdo con su requerimiento. Si estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos con su requerimiento al menos que la información es necesaria para tratarlo en una emergencia.

**Usted Tiene Derechos Acerca de Revisar y Copiar.** Usted tiene el derecho de leer u obtener una copia de su historial médico. Esto incluye récords médicos y pagos, pero no incluye récords de sicoterapia. Para ver y/u obtener copias de su información, usted deberá llenar su requerimiento por escrito. Si usted requiere una copia de su historial médico, quizás le cobraremos un cargo por los costos de copiadora, correo u otros gastos que están relacionados con su requerimiento. Nosotros quizás neguemos su requerimiento para ver y/u obtener una copia de su historial médico. Si nosotros lo hacemos, CCHHS escogerá un profesional de cuidado de salud independiente autorizado para revisar su requerimiento y nuestra negación. Nosotros seguiremos la decisión del profesional de cuidado de salud autorizado.

**Usted tiene el Derecho de Requerir Cambios.** Si usted piensa que la información de salud que nosotros hemos creado es equivocada o incompleta, usted quizás nos pediría cambiarlo. Una vez más, usted deberá enviarnos un requerimiento por escrito. Usted deberá darnos una razón por la cual usted quiere el cambio. Nosotros no podemos sacar o destruir ninguna información que esté en su historial médico. Nosotros también no necesitamos estar de acuerdo en hacer el cambio. Si nosotros no acordamos con el cambio, usted puede escribir una carta acerca de los cambios. Nosotros le enviaremos una de regreso, diciendo el porqué no haremos los cambios. Usted podría luego enviarnos otra con el desacuerdo. Ésta estará adjunta con la información que usted quiere cambiar o corregir.

**Usted Tiene el Derecho de Hacer una Lista de Las Revelaciones.** Usted tiene el derecho de hacer un pedido escrito por una lista de ciertas revelaciones que el hospital ha hecho de su información médica. Esta lista no requiere incluir todas las revelaciones que nosotros hacemos. Revelación para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, revelaciones hechas antes del 14 de Abril 2003, revelaciones hechas para usted o las que usted autorizó y otras revelaciones que no son requeridas a ser contadas. Su pedido escrito deberá indicar un periodo de tiempo.

**Usted Tiene el Derecho a una Copia de Este Aviso.** Usted tiene el derecho de una copia de este Aviso. Las copias de este Aviso serán anunciadas y disponibles en cada locación donde los servicios de salud son proveídos.

**OTROS USOS Y REVELACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Información Sensible.** Algunos tipos de información médica son muy sensibles. La ley, con algunas excepciones, quizás requiera que nosotros obtengamos su permiso escrito para dar a revelar esta información. La información médica sensible quizás incluya examen genético, examen del VIH/SIDA, diagnóstico o tratamiento, salud mental, abuso de alcohol y drogas, asalto sexual o fecundación in-vitro.

Todos los otros usos y el compartir su información de salud serán hechos solamente con su permiso escrito.

**CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nosotros quizás cambiemos nuestras reglas privadas, procedimientos y este Aviso en cualquier tiempo. Si nosotros cambiamos este Aviso, nosotros reservamos el derecho de hacer la revisión o cambio efectivo del Aviso para su información de salud, nosotros lo tenemos como también podemos obtenerlo en el futuro. Si nosotros cambiamos este Aviso, nosotros anunciaremos el nuevo Aviso en áreas comunes a través de nuestras clínicas u hospitales y en nuestra página de Internet al [www.cookcountyhhs.org](http://www.cookcountyhhs.org).

**¿Qué, SI USTED NECESITA REPORTAR UN PROBLEMA?**

***Su cuidado no será afectado si usted reporta una queja, ni se tomará ninguna acción en su contra.***

Si usted piensa que el CCHHS ha violado sus derechos de privacidad en este Aviso, usted quizás reporte una queja con el CCHHS o con la Oficina de Derechos Civiles, el Departamento de Salud de EEUU y Servicios Humanos.

Para comunicarse con el CCHHS acerca de su problema o preocupación, use la información debajo,

Office of Corporate Compliance  
Cook County Health & Hospitals System  
1900 West Polk, Suite 123 Chicago, IL 60612  
Teléfono: 1-877-476-1873