



COOK COUNTY HEALTH

COOK COUNTY HEALTH

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO LE INFORMA DE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO CON ATENCIÓN.

¿QUÉ ES ESTE DOCUMENTO?

Este documento, llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, le informa cómo Cook County Health ("CCH", "nosotros") puede usar, revelar o compartir su información médica. En él explicamos cómo usamos y compartimos su información médica para darle atención, recibir pagos por la atención que le damos y para operaciones de atención médica (para ayudarnos a administrar el sistema médico).

¿POR QUÉ ME ENTREGAN ESTO?

La ley nos obliga a proteger la privacidad de su información médica y a darle esta información y, si se ve afectado, a avisarle después de una violación de la información médica protegida no asegurada. Las leyes de privacidad estatales y federales fortalecen nuestro compromiso con usted, como nuestro paciente, de mantener cuidadosamente su confidencialidad.

¿QUIÉN DEBE SEGUIR ESTE AVISO?

Todas las organizaciones afiliadas a Cook County Health (colectivamente, CCH), todos los empleados, personal médico, personal interno, personal de investigación, estudiantes, personal de agencias, consultores, proveedores, voluntarios, miembros del personal y otros profesionales de atención médica que tengan autorización para revisar su expediente.

CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Tratamiento. Usaremos y compartiremos su información médica para darle atención y servicios.

Por ejemplo: Médicos, enfermeros u otros proveedores de atención médica pueden revisar su expediente para tratar su lesión o enfermedad. Su información médica también puede compartirse con otros profesionales de atención médica fuera de CCH para decidir cuál es el mejor tratamiento para usted o para coordinar su atención. Podemos compartir su información médica con proveedores fuera de CCH mediante intercambios de información médica. Un Intercambio de información médica es una forma segura de compartir rápidamente su información por vía electrónica con otros profesionales médicos que participan en su atención o en la coordinación de su atención.

Operaciones de atención médica. Usaremos y compartiremos su información médica para operaciones comerciales de atención médica. Hay varias razones por las que lo hacemos, una razón importante es mantener y mejorar la atención del paciente.

Por ejemplo: Podemos usar su información médica para asegurarnos de que usted y otros pacientes reciban la mejor atención de calidad posible y para revisar el desempeño de nuestros médicos, enfermeros u otros profesionales de atención médica. Su información puede usarse como parte de la capacitación de los estudiantes y para ayudar a cumplir los requisitos de licencia y acreditación de los hospitales. Podemos usar su información, de tal forma que se lo pueda identificar, con el propósito de capacitar a nuestro personal clínico en la revisión de casos. Es posible que usemos su información médica para asegurarnos de que la facturación se haga de manera correcta.

Pago. Podemos usar y compartir su información médica para recibir el pago por la atención y los servicios que le prestamos. Es posible que nos comuniquemos con usted por correo, teléfono o mensaje de texto a cualquier teléfono asociado con usted, incluyendo celulares, para enviarle mensajes de atención médica. Es posible que se dejen mensajes en un contestador automático o en un correo de voz, incluyendo cualquier información exigida por la ley (incluyendo las leyes de cobro de deudas) o cantidades que usted adeude. Con su

consentimiento, también se podrán usar mensajes de texto o correos electrónicos usando cualquier dirección de correo electrónico que nos indique para comunicarnos con usted.

Por ejemplo: Podemos comunicarnos con Medicare, Medicaid, su compañía de seguros u otra compañía o programa que organiza o paga el costo de una parte o la totalidad de su atención médica, y para averiguar si se cubre un servicio. Podemos compartir su información mediante un intercambio de información médica. También podemos compartir su información con agencias de cobro para obtener el pago de la atención.

FORMAS MÁS ESPECÍFICAS EN QUE USAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA

Nuestro directorio de pacientes. Podemos incluir su nombre, el lugar donde recibe el servicio (hospital o clínica), su condición general (como estable o regular) y sus creencias religiosas. Conservamos esta información para que sus familiares, amigos o miembros del clero puedan visitarlo mientras esté aquí. A menos que usted se oponga, revelaremos su ubicación y condición general a las personas que pregunten por usted indicando su nombre. Sus creencias religiosas solo se revelarán a un miembro del clero. Si usted se opone, no revelaremos ninguna información a nadie que pregunte por usted.

Para recordarle una cita o compartir mensajes e información relacionados con la atención médica. Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle o cambiar una cita. Es posible que nos comuniquemos con usted para hacer un seguimiento y ver cómo se siente después de una cita. Es posible que nos comuniquemos con usted para resurtir recetas, darle información sobre preinscripción, revisiones de bienestar, notificaciones de resultados y otro contenido relacionado con la atención médica. Es posible que nos comuniquemos con usted por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto si nos indicó esos métodos de contacto.

Con personas que participan en su atención o en el pago de su atención. Es posible que compartamos información médica sobre usted con sus familiares, amigos o cualquier otra persona que usted nos indique que participa en su atención médica o que ayuda a pagarla. Es posible que informemos a sus familiares o amigos de su condición y de que está en uno de nuestros centros. También es posible que compartamos información médica sobre usted con una agencia de ayuda para desastres para que se pueda informar a su familia de su condición y ubicación. Usted puede decidir no compartir esta información, pero debe informarnoslo. En una situación de emergencia u otra circunstancia en la que no pueda decirnos sus preferencias, podemos compartir cierta información con familiares, amigos u otras personas si creemos que es lo mejor para usted.

Con los padres y tutores legales de menores. Es posible que revelemos información médica sobre menores a sus padres o tutores legales, a menos que dicha revelación esté prohibida por la ley. Si un menor está emancipado, casado, embarazada o es padre/madre, no compartiremos la información del menor con sus padres o tutores legales sin su autorización. Si un menor recibe atención por ciertas condiciones delicadas, como VIH/SIDA, salud mental, atención reproductiva y otras, no revelaremos esta información a los padres o tutores legales del menor sin su autorización o a menos que lo exija o permita la ley.

Para vacunación. Es posible que revelemos los registros de vacunación a las escuelas si obtenemos el permiso de los padres o tutores legales de un menor. Además, todas las vacunas administradas por CCH se registran en una base de datos propiedad del estado de Illinois. Si no quiere que se comparta su información de vacunación, debe solicitar y completar un formulario de exclusión.

Con otros llamados “socios comerciales”. Es posible que compartamos su información médica con otra empresa u organización, llamada socio comercial, que contratamos para que nos preste un servicio o lo haga en nuestro nombre. Solo compartiremos su información si el socio comercial acordó por escrito mantener su información médica privada y segura.

Para hacer investigaciones. Es posible que usemos y revelemos su información médica para hacer investigaciones. Sin embargo, la mayoría de los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. La mayoría de los proyectos de investigación necesitan su autorización si un investigador participará en su atención o tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que lo identifique. Sin embargo, la ley permite que se hagan algunas investigaciones usando su información médica sin que se necesite su autorización.

Para compartir información sobre beneficios, servicios y alternativas de tratamiento médicos. Es posible que usemos su información médica para comunicarnos con usted sobre beneficios, productos o servicios médicos y posibles tratamientos o alternativas que puedan interesarle. Es posible que le demos información mediante un boletín informativo general o en persona, o mediante productos o servicios de valor nominal. Es posible que revelemos su información médica a un socio comercial para que nos ayude en estas actividades. Es posible que nos comuniquemos con usted por correo electrónico o mensajes de texto para recordarle citas, hacerle encuestas para pacientes, informarle de los beneficios del programa de bienestar u otras comunicaciones generales si nos da su dirección de correo electrónico o su número de celular. Usted permite expresamente este tipo de contacto a menos que nos informe de que no quiere recibir mensajes de texto o correos electrónicos. No podemos vender su información médica sin su autorización por escrito.

ESTAMOS OBLIGADOS A COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Salud y seguridad pública. Es posible que compartamos su información médica por motivos de salud pública. Por ejemplo:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- para informar de nacimientos y fallecimientos;
- para denunciar negligencia o abuso infantil;
- para informar a la FDA de los productos que supervisa;
- para informarlo de que podría haber estado expuesto a una enfermedad o podría correr el riesgo de contagiarse o transmitir una enfermedad o condición; o
- a su empleador en ciertos casos limitados.

Con la policía. Compartiremos su información médica cuando nos lo exija la ley federal, estatal o local, o un proceso judicial.

- Para responder a una orden judicial, mandato, citación u otro proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; o
- para obtener información sobre una víctima real o posible víctima de un delito.

Es posible que compartamos información con una autoridad de la policía:

- si creemos que una muerte es el resultado de un delito;
- para denunciar delitos en nuestra propiedad; o
- si hay una emergencia.

Como parte de un procedimiento legal. Si un tribunal o una autoridad administrativa nos lo ordena, podemos revelar su información médica. Solo compartiremos la información que exija la orden. Si recibimos cualquier otra solicitud legal, también podemos revelar su información médica. Sin embargo, para otras solicitudes solo revelaremos la información si nos dicen que usted lo sabe, tuvo la oportunidad de negarse y no lo hizo.

Durante una investigación. La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) puede investigar violaciones a la privacidad. Si se solicita su información médica como parte de una investigación, nosotros tendremos que compartir su información con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Compartiremos su información con ellos si lo piden como parte de una investigación de una violación a la privacidad. Bajo a las mismas leyes, debemos darle la información en su expediente médico. Se nos permite no compartir cierta información con usted.

Funciones del gobierno especiales. Es posible que compartamos su información médica con:

Funcionarios federales autorizados

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

Autoridades de mando de las fuerzas armadas o del Departamento de Asuntos de los Veteranos

- Para ver si está capacitado para el servicio militar o si es elegible para recibir servicios médicos para veteranos; o
- para ver si está en condiciones médicas para recibir una autorización de seguridad del Departamento de Estado.

Centro penitenciario, autoridad o agencia de la policía si usted es un recluso o está bajo la custodia de una autoridad o agencia de la policía, si es necesario, para:

- ayudar al centro penitenciario a darle atención médica; o
- proteger su salud y seguridad o la de otros.

Abuso y descuido. La ley puede exigirnos que informemos de sospechas de abuso, descuido o violencia doméstica a agencias estatales y federales. Su información puede compartirse con estas agencias para este fin. Por lo general, se le informará de que estamos compartiendo esta información con estas agencias.

Actividades de supervisión médica. Ciertas agencias médicas se encargan de supervisar los sistemas de atención médica y los programas del gobierno o de asegurarse de que se cumplen las leyes de derechos civiles. Es posible que compartamos su información con estas agencias para estos fines.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Es posible que compartamos información médica con un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida o encontrar la causa de la muerte. También es posible que revelemos información médica a directores de funerarias si la necesitan para hacer su trabajo.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos revelar información médica a las organizaciones encargadas de obtener, transportar o trasplantar un órgano, un ojo o un tejido.

Para prevenir una amenaza grave para la seguridad. Es posible que usemos y compartamos su información médica para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad de otras personas.

Indemnización laboral. Es posible que compartamos su información médica con agencias o personas para cumplir las leyes de indemnización laboral u otros programas similares.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Tiene derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a pedirnos que restrinjamos los usos y revelaciones que hacemos de su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, aunque no estamos obligados a aceptarlo. También puede pedirnos que limitemos la información que usamos o revelamos a sus familiares, amigos o cualquier otra persona que usted nos indique que participa en su atención médica o que ayuda a pagarla. Debemos aceptar su solicitud de restricción de la revelación de su información médica a un plan médico si ha pagado de su bolsillo la totalidad del artículo o servicio de atención médica. Fuera de eso, no estamos obligados a aceptar. Una solicitud de restricción debe hacerse por escrito, firmarse y fecharse e indicar la clínica u hospital de CCH que conserva la información. También debe describir la información que quiere restringir, decirnos si quiere limitar el uso, la revelación o ambos, y decirnos quién no debe recibir esta información restringida. Debe enviar su solicitud por escrito a Office of Corporate Compliance, 1950 West Polk Street, Suite 9217, Chicago, IL 60612. Le comunicaremos si estamos de acuerdo con su solicitud o no. Si estamos de acuerdo, accedemos a su solicitud a menos que la información se necesite para tratarlo en una emergencia.

Tiene derecho a revisar y copiar. Tiene derecho a leer u obtener una copia de su expediente médico. Esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye registros de psicoterapia. Para ver u obtener copias de su información médica debe completar su solicitud por escrito. Si solicita una copia de su expediente médico, es posible que le cobremos una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros gastos relacionados con su solicitud. Es posible que rechacemos su solicitud de ver u obtener una copia de su expediente médico. Si lo hacemos, CCH elegirá a un profesional de atención médica independiente con licencia para revisar su solicitud y nuestra denegación. Seguiremos la decisión del profesional de atención médica independiente con licencia.

Tiene derecho a solicitar cambios. Si cree que la información médica que creamos es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la cambiemos. Para ello, debe enviarnos una solicitud por escrito e indicar el motivo por el que quiere el cambio. No podemos borrar ni destruir ninguna información que ya esté en su expediente médico. Tampoco estamos obligados a aceptar el cambio. Si no aceptamos el cambio, puede escribir una carta sobre los cambios. Le devolveremos una explicándole por qué no haremos los cambios. Después, puede enviar otra declaración en la que exprese que no está de acuerdo con nosotros. Esta se adjuntará a la información que quería cambiar o corregir.

Tiene derecho a recibir un informe de las revelaciones. Tiene derecho a solicitar por escrito una lista de ciertas revelaciones que se hayan hecho de su información médica durante los seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud. No es necesario que esta lista incluya todas las revelaciones que hacemos. Las revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003, las revelaciones hechas a usted o que usted autorizó, y algunas otras no es necesario que aparezcan en la lista. Su solicitud por escrito debe designar un plazo para que se procesen las revelaciones. Le daremos un (1) informe al año gratis, pero es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo si pide más informes en un plazo de 12 meses.

Tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono fijo o celular) o que enviemos el correo a una dirección diferente. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Tiene derecho a elegir a alguien para que actúe en su nombre. Tiene derecho a darle a alguien un poder para su atención médica o a nombrar a alguien su "representante personal". Si eligió a alguien para que actúe en su nombre, esa persona puede ejercer sus derechos como se describe en este aviso y según lo permita la ley. Si eligió a alguien para que actúe en su nombre, debe presentar una copia de la documentación que autoriza a esa persona a actuar en su nombre.

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso si así lo quiere. Las copias de este aviso se publicarán y estarán disponibles en cada lugar donde se presten servicios médicos. También puede solicitar una copia en privacy@cookcountyhhs.org.

OTROS USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Información sensible. Algunos tipos de información médica se consideran sensibles. La ley, con algunas excepciones, puede exigir que obtengamos su permiso por escrito para revelar esta información sensible. La información médica sensible puede incluir pruebas genéticas, pruebas de VIH/SIDA, información de diagnóstico o tratamiento, información de salud mental, de abuso de alcohol y sustancias, de agresión sexual y de salud reproductiva. También es necesario su permiso para el uso y la revelación de notas de psicoterapia.

Información sobre salud reproductiva. No usaremos su información médica para hacer o ayudar a otros a hacer investigaciones, ni para imponerle sanciones por el simple hecho de buscar, obtener o facilitar atención médica reproductiva que sea legal. En los casos en que recibamos solicitudes de su información médica que puedan incluir información sobre salud reproductiva para actividades de supervisión médica, procedimientos judiciales o administrativos, para hacer cumplir la ley o revelaciones a médicos forenses y examinadores médicos, obtendremos una certificación firmada del solicitante indicando que su solicitud no es para un fin prohibido y que los usos y revelaciones indebidos de su información médica pueden resultar en sanciones.

Uso de su información para marketing. No podemos usar ni revelar su información médica para actividades de marketing que impliquen obtener beneficios económicos de un tercero, a menos que tengamos su autorización por escrito.

Venta de su información. No podemos vender su información médica a menos que tengamos su autorización por escrito.

Cualquier otro uso y comunicación de su información médica que no se describan en este aviso se hará solo con su autorización por escrito. Puede anular dicho permiso en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la Oficina de Cumplimiento Corporativo a la dirección que se indica abajo.

MODIFICACIONES A ESTE AVISO

Es posible que modifiquemos nuestras políticas de privacidad, nuestros procedimientos y este aviso en cualquier momento. Si modificamos este aviso, nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigor para la información médica que ya tenemos de usted, así como para cualquier información que obtengamos en el futuro. Si modificamos este aviso, publicaremos el nuevo en las áreas comunes de nuestras clínicas y hospitales y en nuestro sitio de internet en www.cookcountyhealth.org.

¿QUÉ PASA SI NECESITO REPORTAR UN PROBLEMA?

Su atención no se verá afectada si presenta una reclamación, ni se tomará ninguna acción en su contra.

Si cree que CCH violó sus derechos de privacidad en este aviso, puede presentar una reclamación ante CCH o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Para comunicarse con CCH y hablar de su preocupación, use la siguiente información:

Cook County Health
Office of Corporate Compliance
1950 W. Polk, Suite 9217
Chicago, IL 60612
Teléfono: 1-877-476-1873