

NUESTRA RESPONSABILIDAD

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información.

- Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Una copia actualizada de este Aviso está disponible en nuestro portal de Internet.

WWW.SISTEMAMENONITA.COM

- Le dejaremos saber inmediatamente si se produce un evento que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

- Utilizar o compartir su información como se describe en esta notificación. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento sobre su autorización y restricción para el manejo de su información de salud. Déjenos saber por escrito su solicitud o necesidad de cambio.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Una copia actualizada de este aviso estará disponible a petición de usted, en nuestra oficina y en nuestro portal de Internet.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha Efectividad – Enero 1^{ro}, 2018

Oficial Corporativo de Privacidad y Seguridad (Oficial de Cumplimiento)

**PO Box 1650,
Cidra, PR 00739-1650**

o vía Email a hipaa@mgphpr.org

Personas Contacto:

Puede contactar al Director del Departamento de Manejo de Información de Salud y/o al Director del Departamento de Manejo de Riesgos de cada facilidad.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO EL SISTEMA DE SALUD MENONITA (SSM), INCLUYENDO TODAS SUS FACILIDADES DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA ACERCA DE NUESTROS PACIENTES, Y CÓMO USTED (PACIENTE) PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Este Aviso de Practicas de Privacidad se le provee como requisito de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA RELACIONADA CON ESTE AVISO COMUNIQUESE CON EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DE SSM O EL DEPT. DE MANEJO DE INFORMACIÓN (RECORD MEDICO)

CERTIFICACION DE RECIBO DE ESTE AVISO

Se solicitará que firme una certificación como acuse de recibo de este Aviso. Su firma en la certificación de ningún modo será condición para brindarle servicios de cuidado médico. Si usted se niega a firmar el documento, continuaremos brindándole servicios y usaremos y divulgaremos su información de salud protegida siguiendo los reglamentos y requerimientos de las leyes federales y estatales.

SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia electrónica o en papel y/o inspeccionar la información de su expediente clínico.
- Autorizar a otra persona como su representante autorizado para compartir información
- Solicitar la corrección de la información de su expediente clínico
- Solicitar el comunicarnos con usted de forma confidencial
- Solicitar restricción a la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Presentar una querrela si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

SUS OPCIONES

Usted tiene algunas opciones para solicitar al Sistema de Salud Menonita en qué manera o forma utilizamos y compartimos su información, como o cuando:

- Compartir su información con familiares y otros
- Incluir su información en el directorio del Hospital
- Mercadeamos nuestros servicios y vender su información
- Recaudamos Fondos

NUESTRO USO Y DIVULGACIÓN

Podemos utilizar y divulgar su información, cuando:

- Proveemos el servicio de salud
- Llevamos a cabo nuestros procesos operacionales
- Facturamos por los servicios prestados a usted
- Apoyamos asuntos de salud pública y seguridad nacional
- Investigación científica
- Cumplir con las Leyes y otros requisitos de gobierno
- Donaciones de Órganos y Tejidos
- Asistir a un Médico Forense o Director de Funeraria
- Responder a demandas y acciones legales

SUS DERECHOS

Pregúntenos sobre cómo hacer las siguientes solicitudes.

Representantes Autorizados de Menores (menores de 21 años de edad)

Conforme a lo prescrito en la ley federal y estatal compartiremos información acerca de nuestros pacientes con el tutor legal del niño (padre y madre; excepto restringido por corte), cualquier otro representante autorizado o tutor designado por corte. Padre o madre que es menor de edad (No emancipado, no casado), puede tener el derecho a la información de salud de sus hijos paciente como se describe en este aviso, pero los derechos de autorización de tratamientos pueden ser limitados como lo establecen las leyes aplicables de Puerto Rico.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente clínico y/o inspeccionar su expediente clínico

- Cuando su información haya sido documentada en el expediente clínico electrónico, usted puede solicitar ver u obtener una copia electrónica de su expediente clínico, excepto Notas de Psicoterapia. “Notas de Psicoterapia” significa notas grabadas en cualquier medio por un profesional de la salud mental, que documentan o analizan el contenido de una conversación de una sesión de intervención psicoterapéutica o sesión de consejería individual o grupal y están separadas del resto del expediente clínico.
- Cuando usted solicite copia de expediente clínico debe estar disponible no más tarde de **15 días** a partir de la fecha de la solicitud como es requerido por la ley de Puerto Rico. Este servicio conlleva un costo basado en la ley Estatal.

Solicitar Corrección de Expediente Clínico

- Puede solicitar corregir la información de salud que entiende está incorrecta o incompleta.
- Podemos denegar su solicitud en las siguientes circunstancias:
 - Si la información no fue originada por el Sistema de Salud Menonita, (a menos que la persona o entidad que originó la información no esté disponible para hacerle la corrección);
 - La información no es mantenida por el Sistema de Salud Menonita;
 - No es parte de la información que a usted se le permite examinar o copiar; o
 - La información es exacta y completa.

En caso de que el Sistema de Salud Menonita niegue su solicitud, se le informara la razón por escrito dentro de **60 días** de su solicitud.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud por seis años previos de la fecha de solicitud. Esta lista incluye la información que fue compartida y propósito.
- Esta lista incluye todas las divulgaciones excepto ciertos accesos y divulgaciones de su expediente clínico y las solicitadas por usted. Podemos cobrar un costo razonable establecido por la Institución.

Solicitar Restricción a Información de Salud que Utilizamos o Compartimos

- Puede solicitarnos el restringir como utilizar o compartir cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. Sin embargo, según establece la Ley no estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "No" si afectaría a su cuidado o vida.
- Si usted paga por un servicio de salud en su totalidad, usted puede pedirnos el no compartir esa información de salud con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud o plan de salud. Vamos a decir "Sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Solicitar Comunicación Confidencial

- Usted puede pedirnos que el contacto con usted sea de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente.
- Vamos a decir "Sí" a todas las solicitudes, según la razonabilidad y tengamos la capacidad de hacerlo.

Obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad

- Usted puede pedir una copia electrónica o en papel de este aviso en cualquier momento.

Escoger a alguien para actuar por usted

- Usted puede informarnos por escrito sobre un representante autorizado o darle a alguien un poder de representación médica; esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre el cuidado médico de usted o su hijo como paciente.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción o compartir información.

Presentar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados.

- Puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos como se describe en esta notificación. Para presentar su queja con nosotros; usted puede comunicarse con nuestro **Oficial de Cumplimiento escribiendo al PO Box 1650, Cidra, PR 00739-1650 o vía Email a hipaa@mgmpr.org**

- Usted puede presentar una queja con el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos** enviando una carta a: **Department of Health and Human Resources Office of Civil Rights**

**Hubert H. Humphrey Bldg.
200 Independence Avenue, S.W.,
Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201**

o llamando al **1-877-696-6775**; o vía Internet www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

- No tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información de salud, usted puede informarnos sus opciones acerca de lo que compartimos y con quién. En tal caso, podemos evaluar su solicitud para determinar las acciones a realizar o denegación.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción para que nos informen por escrito a:

- Compartir información de salud con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado
 - Además, compartiremos información de salud con la persona designada por usted como persona contacto en caso de emergencia.

- Compartir su información de salud en una situación de manejo de desastre

- Incluir su información en el directorio del hospital

Si no eres capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos seguir adelante ofreciendo nuestro servicio de cuidado y compartir su información si creemos que está en su mejor interés. También podemos compartir su información de salud cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o vida, incluyendo seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos diera el permiso por escrito:

- Mercadeo
- Venta de su Información
- Compartir Notas de Psicoterapia (según las Leyes de Puerto Rico lo permitan)

En el caso de Recaudación de Fondos:

- Podremos contactarlo para recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no le contactemos otra vez.

NUESTRO USO Y DIVULGACIÓN

Normalmente usamos o compartimos su información de salud, en forma verbal, papel o electrónica, en los siguientes aspectos:

• Tratamiento – Cuidando su Salud

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que tratan su salud. Ejemplo: Un médico tratando su condición de emergencia le pide información a otro médico (como su médico primario) sobre su estado de salud general.

• Operaciones de Cuidado de Salud – Ejecutoria de Nuestra Organización

Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestros servicios y la administración de nuestro hospital, mejorar su cuidado y en contacto con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para evaluar su tratamiento y nuestros servicios.

• Pago – Facturación por el Servicio

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de los planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Damos información a su plan de seguro de salud que pagará por sus servicios.

¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud?

Estamos autorizados para compartir su información de salud de otras maneras – generalmente en formas que contribuyan al bien público, tales como salud pública, seguridad e investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que compartamos su información de salud para estos propósitos. Para más información puede preguntarnos de cómo puede contactar a nuestro Oficial de Cumplimiento.

- Ayuda con la salud pública y asuntos de seguridad - podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:
 - Prevención de Enfermedades
 - Para reportar el retiro de productos que quizá esté usando
 - Informes de reacciones adversas a medicamentos
 - Notificación de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o seguridad pública
 - Con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, o personas desaparecidas

- Investigación científica - Bajo determinadas circunstancias podemos utilizar o compartir su información de salud para la investigación en salud.

- Cumplir con la ley - vamos a compartir información sobre usted si las leyes estatales o federales requieren, incluyendo con el Departamento de Salud estatal y federal si quieren ver que nosotros estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos - Si usted es donante de órganos, podemos divulgar la información de salud a organizaciones que manejen la obtención de órganos, ojos o tejidos para trasplantes o a un banco de órganos.

- Trabajo con un Médico Forense o un Director de Funeraria - podemos compartir información de salud con un médico forense, en el caso de identificación de un cadáver o determinar la causa de la muerte de una persona, o Director de la Funeraria cuando un individuo muere.

- Atender asuntos del plan de compensación de trabajadores, aplicación de la ley y otra petición del gobierno - podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:
 - Reclamamos Plan de Compensación de Trabajadores (Fondo Seguro del Estado)
 - Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de la ley
 - Con los organismos y agencias de salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para las funciones especiales del gobierno como militar, seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales

- Responder a las demandas y acciones legales - podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

- Militares y Veteranos - Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud cuando las autoridades militares competentes lo requieran.

- Confinados - Si usted es confinado en una cárcel o correccional o se encuentra bajo custodia de un representante de la ley, podemos divulgar su información de salud a dicha institución o al representante de la ley bajo cuya custodia usted se encuentra.

- Recordatorio para las citas - Podemos usar y/o divulgar información de salud a fin de recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica.

- Directorio del Hospital - Podemos usar y divulgar cierta información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras esté recibiendo el servicio.

- Socio de Negocio - Los socios de negocio son entidades que como contratistas independientes hacen gestiones en beneficio de la institución. Para brindar nuestros servicios la institución puede entrar en negociaciones con entidades en donde se puede compartir su información de salud.

- Alternativas de Tratamiento - Podemos usar y divulgar su información de salud para informar o recomendar tratamientos opcionales y alternativas que pudieran interesarle.

- Servicios y Beneficios relacionados con el cuidado de la salud - Podemos usar y divulgar su información de salud para informarle sobre servicios y beneficios relacionados con el cuidado de la salud que pudieran interesarle.