



## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe el modo en que puede utilizarse y divulgarse su información de salud y cómo puede usted acceder a ella. **Revísela detenidamente.**

### Sus derechos

#### Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir una copia de su expediente médico en formato impreso o digital.
- Corregir su expediente médico impreso o digital.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Recibir una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a una persona para que actúe en nombre de usted.
- Presentar una queja si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad.

➤ **Consulte la página 2 para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.**

### Sus opciones

#### Usted tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizemos y compartamos información en cuanto a:

- Informar a sus familiares y amigos sobre su afección.
- Proveer asistencia ante desastres.
- Recibir mensajes de correo electrónico o de texto en relación con sus consultas.
- Divulgar a terceros el Índice Maestro del Paciente.

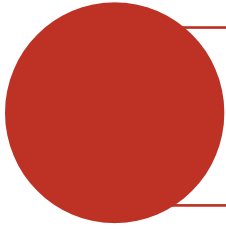
➤ **Consulte la página 3 para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.**

### Nuestros usos y divulgaciones

#### Podemos utilizar y compartir su información en los siguientes casos:

- Para proveerle tratamiento.
- Para administrar nuestra empresa.
- Para facturarle los servicios que reciba.
- Para colaborar con salud pública y por cuestiones de seguridad.
- Para llevar a cabo investigaciones.
- Para cumplir la ley.
- Para atender solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Cuando trabajemos con un examinador médico o con el director de una funeraria.
- Cuando abordemos compensaciones laborales, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del Gobierno.
- Para responder a causas judiciales y acciones legales.

➤ **Consulte las páginas 3 y 4 para obtener más información sobre estos usos y divulgaciones.**



**Recibir una copia electrónica o impresa de su expediente médico.**

- Puede pedirnos ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo se hace.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable para cubrir los costos.

**Pedirnos que corrijamos su expediente médico.**

- Puede pedirnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo se hace.
- Podemos denegar su solicitud, pero, en ese caso, le comunicaremos por escrito el motivo en el plazo de 60 días.

**Solicitar comunicaciones confidenciales.**

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted por un medio específico (por ejemplo, a su teléfono particular o laboral) o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Accederemos a todas sus solicitudes razonables.

**Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos.**

- Puede pedirnos que **no** utilicemos ni compartamos determinada información de salud relacionada con el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y es posible que nos neguemos en caso de eso que afecte su atención.
- Si usted paga con su propio dinero un servicio o un elemento de atención médica, puede solicitarnos que no compartamos esa información a efectos del pago o de nuestras operaciones con su empresa de seguro médico. Accederemos a esa solicitud a menos que la ley nos exija compartir dicha información.

**Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.**

- Puede pedir una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información de salud con una anterioridad de seis años a la fecha de su solicitud, así como con quiénes la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos solicite realizar). Le proporcionaremos una lista gratis por año pero, si nos solicita otra lista dentro de los 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable para cubrir los costos.

**Recibir una copia de este aviso de**

**privacidad.**

- Puede solicitarnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibirlo de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

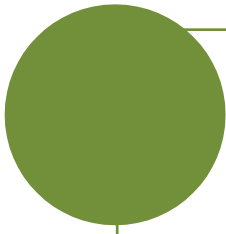
**Elegir a una persona para que actúe en nombre**

- Si usted le ha otorgado un poder notarial médico a alguien o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Antes de tomar cualquier medida, nos aseguraremos de que dicha persona tenga la autoridad correspondiente y pueda actuar en su nombre.

**de usted.**

**Presentar una queja si considera que se vulneraron sus derechos.**

- Si considera que se han vulnerado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros utilizando la información que figura en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja.



**En dichos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos íntimos o personas involucradas en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de asistencia ante desastres.

*En caso de que no pueda indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podremos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podremos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o a la seguridad.*

**Nunca compartiremos su información para:**

- Fines de comercialización.
- Venta de su información.

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo solemos utilizar o compartir su información de salud?

Solemos utilizar o compartir su información de salud de las siguientes maneras.

**Al proveerle tratamiento**

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

**Ejemplo:** Cuando un enfermero que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro enfermero sobre su estado general de salud.

**Al administrar nuestra empresa**

Podemos utilizar y compartir su información de salud para gestionar nuestro ejercicio médico, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Ejemplo:** Cuando utilizamos su información de salud para gestionar su tratamiento y sus servicios.

**Al facturarle los servicios que reciba**

Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos por parte de planes de salud u otras entidades.

**Ejemplo:** Cuando proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

*Continúa en la página siguiente*

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?** Se nos permite o exige que compartamos su información de otras maneras, que generalmente contribuyen al bien público, por ejemplo, por razones de salud pública y para una investigación. Debemos cumplir muchos requisitos legales a fin de poder compartir su información para dichos propósitos. Para obtener más información, visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

---

**Al colaborar con la salud pública y por cuestiones de seguridad**

- Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como:
    - Prevenir enfermedades.
    - Colaborar en el retiro de productos del mercado.
    - Notificar reacciones adversas a medicamentos.
    - Notificar la sospecha de maltrato, abuso, abandono o violencia doméstica.
    - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona.
- 

**Al llevar a cabo investigaciones**

- Podemos utilizar o compartir su información con fines de investigación de salud.
- 

**Al cumplir la ley**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), en caso de que este desee verificar si estamos cumpliendo las leyes federales de privacidad.
- 

**Al atender las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- 

**Al trabajar con un examinador médico o con el director de una funeraria**

- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un examinador médico o el director de una funeraria cuando fallezca una persona.
- 

**Al abordar compensaciones laborales, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno**

- Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:
    - Para reclamos sobre compensaciones laborales.
    - Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley.
    - Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.
    - Para funciones gubernamentales especiales, como el Ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.
- 

**Al responder a causas judiciales y acciones legales**

- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación de testigos.
-

## Nuestras responsabilidades

---

- Las leyes nos exigen mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Si ocurre una infracción que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información, se lo informaremos inmediatamente.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle a usted una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información con fines distintos de los aquí indicados, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos otorga su autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

Para obtener más información, visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## Modificaciones en los términos de este Aviso

Podemos modificar los términos de este aviso, y esto se aplicará a toda la información que tenemos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible a solicitud, en nuestras oficinas y en nuestro sitio web.

Fecha de entrada en vigor: 7/1/2018

Para obtener más información, consulte el Formulario ODH 303F.

Si desea obtener más información relacionada con este aviso y sus derechos, o notificar quejas relacionadas con cuestiones de privacidad, comuníquese con:

HIPAA Privacy Officer  
Oklahoma State Department of Health  
123 Robert S. Kerr Ave., Room 1702  
Oklahoma City, OK 73102-6406  
(405)426-8454

PrivacyOfficer@health.ok.gov