



Self Regional Healthcare Aviso de Prcticas de Privacidad

ATTENTION: Self Regional Healthcare and its affiliates, including, but not limited, to Self Medical Group, comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (864) 725-4706 (Spansih)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電。
(864) 725-4760 (Chinese)

Self Regional Healthcare
1325 Spring Street
Greenwood, South Carolina 29646
Phone: (864) 725-4111
selfregional.org

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE, ASÍ COMO LA MANERA EN QUE USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO ATENTAMENTE.

COMPRENDER SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

A los fines de este Aviso, Self Regional Healthcare y sus afiliadas (incluyendo, entre otras, Self Medical Group) son denominadas en forma colectiva como “SRH.” SRH participa en un ambiente de atención de salud clínicamente integrado y recopila o recibe información médica acerca de sus afecciones de salud pasadas, presentes o futuras a los fines de brindarle atención de salud a usted, para recibir el pago por esta atención de salud y para operar de manera eficaz el hospital y/o las clínicas. La ley nos exige proteger la privacidad y seguridad de su Información Médica Protegida (PHI) y entregarle este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso y no utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna otra manera que las descritas aquí, a menos que se nos autorice por escrito.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU PHI

A. Los siguientes usos y divulgaciones NO requieren su autorización, a menos que la ley así lo exija:

1. Para el individuo: Su PHI puede ser divulgada a usted o a su Representante Personal.
2. Para tratamiento. Su PHI puede ser discutida entre las personas que le brindan tratamiento para determinar su plan de atención. Por ejemplo, los médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y otro personal de atención de salud pueden compartir PHI a los fines de coordinar los servicios que usted pueda necesitar.
3. Para obtener el pago. Podemos utilizar o divulgar su PHI a los fines de obtener el pago por nuestros servicios, ya sea de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, podemos utilizar su información para enviarle un reclamo a su compañía de seguros.
4. Para actividades de atención de la salud: Podemos utilizar y divulgar PHI para operaciones del hospital y/o las clínicas. Por ejemplo, podremos usar la información para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal al prestarle cuidados.
5. Para actividades de salud pública. Informamos a las autoridades de salud pública, según lo exige la ley, datos con respecto a nacimientos, muertes, enfermedades varias y reacciones a medicamentos o productos médicos.

6. Víctimas de maltrato, abandono o violencia doméstica. Su PHI puede ser divulgada, según lo exige la ley, a distintas agencias gubernamentales y/o del estado cuando se sospechan casos de maltrato y abandono.
7. Actividades de supervisión de la salud. Divulgaremos información para auditorías federales o del estado, investigaciones civiles, administrativas o penales, inspecciones, licenciamiento o acciones disciplinarias, según lo exige la ley.
8. Procedimientos judiciales y administrativos. Su PHI puede divulgarse como respuesta a una citación u orden judicial.
9. Propósitos de seguridad nacional o policiales Su PHI puede ser divulgada como parte de una investigación policial.
10. Usos y divulgaciones con respecto a pacientes fallecidos. Brindamos a los médicos forenses, médicos legistas y directores de servicios funerarios la información necesaria con respecto al fallecimiento.
11. A los fines de ayudar con pedidos de donación de órganos. Según lo exige la ley, notificaremos a las organizaciones dedicadas a la obtención de órganos para ayudarlos en lo que hace a la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.
12. Investigación. Podemos utilizar su PHI si la Junta de Revisión Institucional (IRB) para la revisión de investigaciones aprueba y establece salvaguardas para garantizar la privacidad.
13. Para evitar un daño. A los fines de evitar una amenaza de gravedad a la salud o seguridad de una persona o del público, podremos divulgar información limitada a personal policial o a las personas que puedan evitar o minimizar tal daño.
14. Para fines de indemnización laboral. Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes referidas a indemnizaciones laborales.
15. Marketing. Podemos enviarle a usted información con respecto a los tratamientos más recientes, a grupos de apoyo y otros recursos relacionados con su salud.
16. Actividades de recolección de fondos. Podemos utilizar su PHI para comunicarnos con usted en relación a la recaudación de fondos para apoyar los servicios de atención de salud y los programas educacionales que brindamos a la comunidad. Usted tiene el derecho de optar por ser excluido de que se le envíe correspondencia sobre la recaudación de fondos con cada pedido.
17. Recordatorios de citas. Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita.
18. Al Secretario. Divulgaremos su PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para fines de cumplimiento regulatorio.

19. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su PHI para brindar apoyo a distintas funciones gubernamentales que incluyen actividades militares, de seguridad nacional, de instituciones correccionales y de programas de beneficio público.

B. Usted puede objetar los siguientes usos de la PHI:

1. Directorio del hospital. A menos que usted se oponga, incluiremos su nombre, ubicación, condición general y su religión en nuestro directorio de pacientes para su utilización por parte de representantes del clero y visitas que pregunten por usted mencionando su nombre.
2. Información compartida con familiares, amigos y otras personas. A menos que usted se oponga, podremos divulgar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que participa en su atención o en el pago por su atención.
3. Plan de salud. Usted tiene el derecho de solicitar que no divulguemos cierta PHI a su plan de salud por servicios de salud o elementos cuando usted es el que paga en forma total por dichos servicios y/o elementos.

C. Se requiere su autorización previa por escrito para divulgar su PHI en las siguientes situaciones:

1. Cualquier uso o divulgación más allá del tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud y que no se encuentren especificadas en las secciones A y B anteriores.
2. Anotaciones de psicoterapia.
3. Cualquier circunstancia que implique la venta de su información.

Usted puede revocar esta autorización presentando un aviso escrito al contacto de privacidad que se identifica más abajo. Si contamos con una autorización escrita para divulgar su PHI, la divulgación de su PHI puede ocurrir antes de recibir su revocación.

QUÉ DERECHOS TIENE USTED CON RESPECTO A SU PHI

Aunque su expediente médico es de propiedad física de SRH, la información que dicho expediente contiene le pertenece a usted y usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

- A. El derecho a solicitar límites con respecto a cómo utilizamos y divulgamos su PHI. Usted tiene derecho a solicitar que limitemos el modo en que utilizamos y divulgamos su PHI. Consideraremos su petición, pero no siempre estamos legalmente obligados a aceptarla. Si aceptamos la solicitud, estableceremos los límites por escrito y cumpliremos con dichos límites, excepto en situaciones de emergencia. Su solicitud debe ser realizada por escrito e incluir (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos; (3) respecto a quién desea limitar el acceso a la información, por ejemplo, difusión a su cónyuge; y (4) la fecha de caducidad.

- B. El derecho a elegir cómo debemos comunicarnos con usted acerca de su PHI. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI de una cierta manera o en cierto lugar (por ejemplo, enviar información a su dirección laboral en lugar de la dirección de su hogar). Usted debe realizar la solicitud por escrito y especificar cómo y dónde desea que nos comuniquemos con usted. Aceptaremos solicitudes que sean razonables.

- C. Derecho a inspeccionar y obtener copias de su PHI. Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de su PHI (incluyendo una copia electrónica) que se encuentra contenida en un expediente designado que puede ser utilizado para tomar decisiones con respecto a su atención. Usted debe enviar su solicitud por escrito. Si usted solicita una copia de esta información, podríamos cobrarle un cargo por la copia, el envío y otros costos vinculados con la solicitud. Podremos negarnos a permitirle que inspeccione y reciba una copia de la información bajo ciertas circunstancias muy limitadas. Si le llegaran a negar acceso a la PHI, puede usted solicitar que se revise la negativa bajo ciertas circunstancias.

- D. Derecho a obtener un listado de las instancias referentes a cuándo y a quién hemos divulgado su PHI. Este listado puede no incluir usos tales como los realizados para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, las divulgaciones directas a usted, su familia o los relativos a la inclusión en el directorio del centro según se lo descrito anteriormente. Este listado puede no incluir usos para los cuales se ha recibido una autorización firmada o divulgaciones realizadas con una anterioridad mayor a los seis años contados desde la fecha de su solicitud.

- E. Derecho a corregir su PHI. Si usted considera que existe un error en su PHI o que falta alguna información de importancia, usted tiene el derecho de solicitar la corrección de dicha información o que se agregue la información faltante. Usted debe realizar la solicitud y proporcionar el motivo de la misma en forma escrita. En ciertas circunstancias podríamos rechazar por escrito su solicitud.

- F. Derecho a recibir una copia impresa o electrónica de este Aviso: Usted puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este Aviso en cualquier momento.

- G. Derecho a revocar una autorización. Si usted elige firmar una autorización para la divulgación de su PHI, posteriormente puede revocar la autorización por escrito. Esta revocación impedirá cualquier divulgación futura de su información médica, excepto en la medida permitida o requerida por la ley.

- H. Derecho a ser notificado de un incumplimiento. Si se produce un incumplimiento que ponga en riesgo la privacidad de su PHI, le notificaremos de ello por escrito.

Para las solicitudes anteriores (y para recibir formularios) por favor envíe una solicitud escrita a: Health Information Management, Release of Information, 1325 Spring Street, Greenwood, SC 29646. El número de teléfono para información relacionada es (864) 725-5034.

INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

SRH, junto con otros proveedores de atención de salud, pertenecen a sistemas de intercambio de información médica. Estos sistemas de intercambio de información médica se utilizan para el diagnóstico y tratamiento de pacientes. Como miembro de estos sistemas de intercambio, SHR comparte cierta información del paciente con otros proveedores de atención médica. Si usted necesitara recibir tratamiento en otra ubicación que es parte de uno de estos sistemas de intercambio, el proveedor puede reunir información médica histórica para ayudarlo con su tratamiento. Usted tiene la opción de decir que esto no puede realizarse. Si usted decide no ser parte de estas alianzas, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de SRH al (864) 725-5012.

CÓMO REALIZAR QUEJAS CON RESPECTO A LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, o si no está de acuerdo con una decisión tomada con respecto a sus derechos referentes a su PHI, usted puede presentar una queja ante el organismo mencionado en la próxima sección de este Aviso. Tenga la certeza de que usted no será penalizado y que no habrá represalias por expresar una preocupación ni por presentar una queja. Estamos comprometidos a brindar una atención de salud de calidad en un ambiente de confidencialidad y privacidad.

PARA OBTENER INFORMACIÓN CON RESPECTO A ESTE AVISO O PARA PRESENTAR UNA QUEJA CON RESPECTO A NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este Aviso o alguna queja referente a nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad al (864) 725-5012, o con nuestra Línea de Ayuda CC&I 1-844-984-1744, o por escrito a: HIPAA Privacy Officer, 1325 Spring Street, Greenwood, SC 29646. Usted también puede enviar una queja por escrito a la Oficina del Derechos Civiles. Le enviaremos la dirección si la solicita.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. También nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado o modificado entre en vigencia con respecto a la PHI existente o futura. El aviso siempre contendrá la fecha de entrada en vigencia. Puede visualizar este aviso y cualquiera de sus revisiones en: <http://www.selfregional.org>.

Firme abajo como acuse de recibo del «Aviso de prácticas de privacidad».

Nombre de pila: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

ACCESO A INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Reconozco que el personal de Self Regional Healthcare a veces necesita comunicarse con integrantes de mi familia o con mi o mis cuidadores personales con respecto a mi estado de salud. Entiendo que dichas comunicaciones incluirán información médica delicada incluyendo, pero no limitado al diagnóstico o al tratamiento. Por la presente, doy mi permiso para que el personal de Self Regional Healthcare comunique este tipo de información a las personas especificadas abajo. También, doy mi permiso al personal para que entregue copias de mis resultados de diagnóstico en forma de placas de imagenología o en formatos electrónicos que no contengan información médica escrita a mano o mecanografiada.

En caso de que yo no esté disponible, también doy mi permiso al personal de Self Regional Healthcare para que deje recados que contengan información detallada de salud en los números o con las personas a continuación:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____