



COLUMBUS COMMUNITY HOSPITAL
4600 38TH ST.
COLUMBUS, NE. 68602-1800

Effective Date: 5-1-2018

AVISO DE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS

ESTOS AVISOS DESCRIBEN COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y RELEVADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISARLA CUIDADOSAMENTE

El Columbus Community Hospital (“CCH,” “nosotros,” “nuestro”) es requerido por la Portabilidad del seguro de salud y la ley de responsabilidad de 1996 (“HIPAA”) y otras leyes aplicables para mantener la privacidad de la información médica y proveerle con este Aviso. Su “Información Médica,” para los propósitos de este aviso, por lo general es cualquier información que le identifique y es creada, recibida, mantenida o transmitida por nosotros en el curso de la prestación de artículos o servicios de atención médica a usted. Si usted tiene cualquier pregunta o quisiera información adicional sobre este Aviso o nuestras Practicas Privadas, favor de contactar a nuestro Oficial de Privacidad al (402) 562-3144.

QUIEN SEGUIRÁ ESTE AVISO

Este aviso describe nuestra práctica de privacidad incluyendo:

- Cualquier profesional del cuidado de la salud autorizado a introducir información en su expediente médico;
- Todos nuestros departamentos, unidades, y clínicas;
- Cualquier voluntario que permitamos ayudarle a usted mientras le proporcionamos cuidado; y
- Todos nuestros servicios de salud en el hogar.

Todas las entidades identificadas arriba, lugares y ubicaciones seguirán los términos de este Aviso. Además, estas entidades, lugares y ubicaciones pueden compartir información médica entre ellas para el tratamiento, el pago o las operaciones del hospital como esta descrito en este Aviso.

ACUERDO ORGANIZADO DEL CUIDADO DE LA SALUD

Para los propósitos de este Aviso, el Hospital y el personal médico deberán ser considerados un “Acuerdo Organizado del Cuidado de la Salud” u OHCA ya que este término es definido bajo la ley federal. Este Aviso deberá ser el Aviso Combinado de las Practicas Privadas de OHCA para el Hospital (incluyendo las entidades, lugares, y ubicaciones mencionadas arriba) y los proveedores en el Personal Médico. Bajo OHCA, los miembros de OHCA compartirán información de salud protegida entre ellos, como sea necesario, para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud relacionadas a OHCA. Adicionalmente, bajo OHCA, el Hospital y los proveedores en el Personal Medico deberán:

1. Usar este Aviso Combinado para los servicios de pacientes internos y externos;
2. Obtener un solo recibo de conocimiento de este Aviso; y
3. Seguir las prácticas descritas en este Aviso.

Cada participante de OHCA queda responsable para seguir las prácticas descritas en este Aviso. Este Aviso no cubre las oficinas privadas de los proveedores o la información de las prácticas utilizadas en dichas oficinas.

NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A INFORMACION MÉDICA

Nosotros entendemos que la información medica sobre usted y su salud es personal y nosotros estamos comprometidos para proteger esa información médica. Nosotros creamos un expediente del cuidado y servicios que usted recibe y usamos este expediente para ayudar a proveer cuidado de calidad y también cumplir con requisitos legales. Este Aviso aplica a los expedientes de su cuidado, ya sea generado por el Hospital, servicios de cuidado en el hogar, departamentos, unidades o clínicas. Su doctor personal puede tener pólizas diferentes o Avisos con respecto a la revelación de su información médica creada en esa oficina del doctor o clínica.

Este Aviso de Practica de Privacidad le dirá a usted sobre las maneras en las cuales nosotros podamos usar y revelar información médica acerca de usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que nosotros tenemos con respecto al uso y revelación de su información médica.

Estamos obligados por la ley a:

- 1. Asegurarnos que la información médica que lo identifica a usted se mantenga confidencial;**
- 2. Darle este Aviso de nuestros deberes legales y de las Practicas de Privacidad;**
- 3. Seguir los términos de este Aviso; y**
- 4. Notificarle si hay un incumplimiento en la seguridad de su información médica.**

USO ESPECIFICOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Los siguientes son algunos de los usos y revelaciones específicas que no podemos hacer, de su información médica **sin** su autorización:

- **Las actividades de Comercialización:** Debemos obtener su autorización antes de utilizar o divulgar su información médica para fines de marketing a menos que tales comunicaciones de comercialización tomen la forma de comunicación cara a cara que podamos hacer con los individuos o los regalos promocionales de valor nominal que podamos proveer. Si dicha comercialización implica pagos financieros de un tercero a nosotros su autorización debe incluir también su consentimiento a dicho pago.
- **La venta de la información médica:** Debemos obtener su autorización previa a la venta de su información médica a terceros
- **De las notas de Psicoterapia:** Debemos obtener su autorización antes de utilizar o divulgar las notas de psicoterapia creadas como parte de su tratamiento a menos que dichas notas se utilicen para determinados tratamientos, pagos o tramites de la asistencia médica.

COMO NOSOTROS PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que nosotros usamos y revelamos información médica. Para cada categoría de usos y revelación, vamos a explicar lo que queremos decir y daremos algunos ejemplos. No se mencionará cada uso o revelación en una categoría. Todas las maneras en que se nos permite usar y revelar información caen dentro de una de las categorías identificadas.

- **Para el tratamiento:** Nosotros podemos revelar su información médica a los doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, u otro personal que esté involucrado en su cuidado. Por ejemplo, un doctor que lo está tratando por una pierna rota puede necesitar saber si usted tiene diabetes ya que la diabetes puede atrasar el proceso de la cicatrización. Además, el doctor puede necesitar decirle al dietista sobre su diabetes para el poder hacer arreglos para los alimentos apropiados. Diferentes departamentos del hospital, como también otras personas o entidades involucradas en su cuidado, también pueden usar y revelar su información medica para poder coordinar su cuidado, tales como sus recetas medicas, trabajo de laboratorios, rayos x y seguimiento del cuidado.

- **Para Pagos:** Nosotros podemos usar y revelar información médica acerca de usted para poder facturar y recibir pagos por su cuidado y servicios en el Hospital. Por ejemplo, nosotros podemos necesitar darle a su plan de salud información sobre una cirugía que usted recibió para que el plan de salud nos pague o lo reembolse a usted por la cirugía. Nosotros podemos decirle a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan de salud cubrirá el tratamiento. Nosotros también podemos revelar información médica acerca de usted a entidades fuera Columbus Community Hospital quienes puedan necesitar información para cobrar por servicios que ellos le proporcionaron a usted.
- **Para el Funcionamiento de Atención de la Salud:** Nosotros podemos usar y revelar información médica acerca de usted para el funcionamiento del cuidado de la salud. Estos usos y revelaciones son necesarias para el funcionamiento de la entidad y promover cuidado de calidad. Por ejemplo, nosotros podemos usar información médica para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal. También podemos combinar información médica acerca de varios pacientes para decidir que servicios adicionales debemos ofrecer, que servicios no se necesitan, y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. Podemos revelar información a los doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal para revisar y para el propósito de aprendizaje.
- **Socios de Negocio:** Podemos revelar información médica a otras personas u organizaciones, conocidas como socios de negocio, quienes proporcionan servicios basados en un acuerdo. Nuestros socios de negocios pueden a su vez divulgar su información médica a sus subcontratistas. Para proteger su información médica, requerimos que nuestros asociados de negocios y sus subcontratistas protejan apropiadamente la información médica que nosotros revelamos a ellos. También requerimos que nuestros asociados de negocios entren en acuerdo con sus subcontratistas para ayudar a asegurar la privacidad y seguridad de la información médica compartida entre ellos.
- **Recordatorio de Citas:** Nosotros podemos usar y revelar información médica para contactarnos con usted como un recordatorio de que usted tiene una cita para el tratamiento o cuidado médico.
- **Alternativas de Tratamiento:** Nosotros podemos usar y revelar información médica para decirle o recomendarle a usted sobre posibles opciones de tratamiento o alternativas de interés.
- **Beneficios Relacionados con la Salud o Servicios:** Nosotros podemos usar y revelar información médica para decirle a usted sobre beneficios relacionados con la salud o servicios de interés.
- **Actividades para Reunir Fondos:** La Fundación de Columbus Community Hospital puede contactarlo a usted como parte de esfuerzos para reunir fondos para las operaciones del hospital. Nosotros solamente liberaremos información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono, y la fecha en que usted recibió tratamiento o servicios. En el momento en que nos comuniquemos con usted acerca de nuestros esfuerzos de recaudación de fondos se le proporcionará la oportunidad de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos y le explicaremos como optar para no recibir este tipo de comunicaciones en el futuro. No pondremos condiciones a su tratamiento o pagos basados en su elección si desea o no desea recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nosotros.
- **Directorio del Hospital:** Nosotros podemos incluir cierta información limitada acerca de usted en el directorio del hospital mientras usted es un paciente. Esta información puede incluir su nombre, y ubicación en el hospital. La información del directorio también puede ser liberada a personas que contactan al hospital y preguntan por usted por su nombre o a miembros del clero, a menos que usted nos notifique que usted se opone o cuando nosotros estamos restringidos por el Estado o leyes federales.
- **Individuos Involucrados en su Cuidado o en el Pago de su Cuidado:** Nosotros podemos liberar información médica acerca de usted a un amigo, miembro de la familia o a cualquier otra persona identificada por usted como la cual que está involucrada en su cuidado médico o la cual está involucrada en el pago de su cuidado. Solo liberaremos información si usted está de acuerdo con la revelación, o dada la oportunidad a oponerse a tal revelación, o podemos razonablemente inferir que no se opone a la divulgación. Además, podemos revelar información médica acerca de usted a una entidad asistiendo en el alivio de un desastre con el esfuerzo de notificar a su familia acerca de su condición, estado y ubicación. A su muerte, podemos dar a conocer a los miembros de su familia o a otras personas que estuvieron involucradas en su cuidado o en los pagos de atención médica antes de su muerte (como su representante personal) la información médica pertinente a la participación en su cuidado a menos que esto sea incompatible con sus preferencias como se expresa a nosotros antes de su muerte.
- **Investigación:** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para propósitos de investigación donde la investigación ha sido aprobada por la mesa directiva de revisión institucional que ha revisado la propuesta de la

investigación y establecido los protocolos para proteger la privacidad de su información médica.

- **Como es Requerido por la Ley:** Nosotros revelaremos información medica acerca de usted cuando es requerido hacerlo por la ley federal, estatal o local.
- **Para Evitar Amenazas Graves a la Salud o a la Seguridad:** Nosotros podemos usar y revelar información medica acerca de usted Cuando sea necesario para evitar una amenaza seria para su salud y su seguridad o la salud y la seguridad del público o de otra persona. Cualquier revelación se hará solo a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- **Donación de Órgano y Tejido:** Si usted es un donador de órgano, nosotros podemos liberar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o los órganos, trasplante de ojos o tejido, o a un banco de donación de órganos o tejidos, como sea necesario para facilitar la donación de órgano o tejido, o el trasplante.
- **La Compensación al Trabajador:** Nosotros podemos liberar información médica acerca de usted para la compensación al trabajador o a programas similares que proporcionan beneficios a lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo.
- **Actividades de la Salud Pública:** Nosotros podemos revelar información médica acerca de usted para actividades de la salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
 - Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o incapacidad;
 - Para reportar nacimientos o muertes;
 - Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - Para notificar a las personas de revocaciones de productos que puedan estar usando;
 - Para notificar a una persona quien haya podido estar expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo para contraer o propagar una enfermedad o condición; y
 - Para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si se sospecha que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia domestica.
- **Las Actividades de Supervisión de la Salud:** Nosotros podemos revelar información medica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión que son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema del cuidado de la salud, programas de gobierno y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles incluyendo, auditorias, investigaciones e inspecciones.
- **Intercambio de Información de Salud:** Participamos en uno o más intercambios de información de salud electrónicos el cual nos permite intercambiar información de salud suya electrónicamente con otros proveedores participantes (por ejemplo, doctores y hospitales) y planes de salud y sus asociados de negocios. Por ejemplo, podemos permitir el acceso a su plan de seguro de salud por vía electrónica a nuestros archivos para que obtengan información sobre usted para verificar una solicitud de pago por servicios proveídos a usted. O, puede que le permitamos a un médico que le este proporcionando tratamiento a tener acceso electrónico a nuestros archivos para que este pueda tener información actualizada y utilizarla para su cuidado. Como se ha descrito anteriormente en este Aviso, la participación en un intercambio de información de salud también nos deja tener acceso electrónico a información médica de otros proveedores participantes y planes de seguro de salud para nuestro tratamiento, pago y el propósito de operaciones de cuidado de salud como se describe en este Aviso. En el futuro podemos permitir otros partidos, por ejemplo, departamentos de salud pública que participen en el intercambio de información de salud, para tener acceso a su información médica electrónicamente para propósitos permitidos por ellos como es descrito en este Aviso.

- **Demandas & Disputas:** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, nosotros podemos revelar información médica acerca de usted en respuesta a una orden de corte o administrativa. También podemos revelar información médica acerca de usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento, u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se ha hecho el esfuerzo en decirle a usted acerca de la petición o para obtener una orden de protección de la información solicitada.
- **El Cumplimiento de la Ley:** Nosotros podemos liberar información médica si se nos pide hacerlo por un oficial de la ley, incluyendo pero no limitado a, los siguientes ejemplos:
 - En respuesta a una orden de la corte, citación, citatorio, o proceso similar;
 - Para ayudar a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida;
 - En respuesta a las preguntas acerca de la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
 - En respuesta a las preguntas en cuanto a una muerte que creemos pueda ser el resultado de una conducta criminal;
 - Las consultas en cuanto a conducta criminal en el hospital; y
 - En circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la ubicación del crimen o víctima; o la identidad, la descripción o ubicación de la persona quien cometió el crimen.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Nosotros podemos revelar información médica a un médico forense o examinador médico, como sea necesario, para asistirlos a la realización de sus funciones. También nosotros podemos revelar información médica a los directores de funerarias.
- **Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia:** Nosotros podemos revelar información médica acerca de usted a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de Protección al Presidente y a Otros:** Podemos revelar información médica acerca de usted a funcionarios federales autorizados para que ellos puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o dignatarios extranjeros o para conducir investigaciones especiales.
- **Los Prisioneros:** Podemos revelar información médica acerca de usted a un instituto de corrección o a un oficial de la ley si usted es prisionero en dicho instituto correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley. Esto sería necesario: (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la protección y la seguridad de la institución correccional.
- **Información Genética:** No podemos usar información genética para decidir si se otorgará cobertura ni a que precio.
- **Patrocinador del Plan:** Se le puede dar información al patrocinador para la administración del plan.

SUS DERECHOS PARA AUTORIZAR OTROS USOS O REVELACIONES

- Otros usos y revelaciones de la información médica no señalados en esta notificación se harán solo con su autorización escrita.
- Usted puede darnos autorización escrita permitiéndonos el usar su información médica o revelarla a cualquier persona por cualquier propósito.
- Obtendremos su autorización escrita para usos y divulgaciones de su información médica que no están identificados en el Aviso o que de otra manera no esté permitida por la ley aplicable.
- Debemos aceptar su solicitud a restringir la revelación de su información médica que se refiere exclusivamente a

un artículo de cuidado de salud o servicio por el cual usted ya ha pagado (o para cual otra persona que no sea su plan de salud ha pagado la cantidad completa de la cuenta en su nombre). Dicha declaración debe ser con el propósito de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención y no son requeridas por la ley.

SUS DERECHOS A REVOCAR SU AUTORIZACION

Su usted nos provee autorización para el uso o revelación de información médica acerca de usted, usted puede revocar la autorización, en escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no usaremos o revelaremos información medica por las razones cubiertas por nuestra autorización escrita. Sin embargo, no podemos retirar ninguna revelación que ya hayamos hecho con su autorización y que estamos obligados a conservar los registros de la atención recibida. Para revocar su autorización debe presentar una solicitud de revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección indicada más abajo.

Usted tiene el derecho de revocar una autorización si la entidad cubierta tiene la intención de participar en cualquiera de las siguientes actividades; declaraciones por separado para determinados usos o revelaciones que impliquen la recaudación de fondos.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED MISMO

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos de usted:

- **Derecho a Inspección y Copia:** Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Por lo general, esto incluye los registros médicos o de facturación.

Usted debe presentar su solicitud de inspeccionar y copiar su información médica por escrito al Departamento de Información Sanitaria. Si usted necesita una copia de la información, podemos cobrarle una cuota por el costo de las copias, envió u otros suministros asociados con su solicitud.

Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar información médica en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Un profesional de la salud autorizado elegido por el hospital revisara su solicitud y la negación. La persona que realice la revisión no será la persona que niega su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revision.

- **Derecho a Corregir:** Si usted siente que la información medica que nosotros tenemos acerca de usted es incorrecta o incompleta, usted puede solicitar que sea corregida. Usted tiene el derecho a solicitar esta corrección siempre y cuando la información sea mantenida por o para el hospital.

Su solicitud de modificación debe ser por escrito y presentada al Departamento de Información de Salud. Además, usted debe proporcionar una razón que apoye su solicitud de enmienda. Podemos negar su petición para una enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negar su solicitud si nos pide que corrijamos información por cualquiera de las siguientes razones:

- La información no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creo ya no esté disponible para hacer la corrección;
 - La información no forma parte de la información medica mantenida por o para una entidad de Servicio de Salud al Hogar (Home Healthcare Service);
 - La información no es parte de la ley que le permite inspeccionar y copiar; o
 - La información es exacta y completa.
- **Derecho a un Informe de Revelaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar un informe de revelaciones, la cual es una lista de ciertas revelaciones de su información médica.

Para solicitar un informe de de revelaciones, usted debe someter una petición por escrito al Departamento de Información de Salud. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no podrá ser más de 6 años y no puede

incluir fechas antes del 14 de Abril, del 2003. El primer informe de revelaciones que usted solicite entre un periodo de 12 meses será gratis. Nosotros podemos cobrar por el costo de proporcionar informes adicionales. Nosotros le notificaremos el costo involucrado y usted puede elegir el retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en gastos.

- **Derecho para Solicitar Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información medica que nosotros usamos o revelamos acerca de usted para el tratamiento, pago, u las operaciones del cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho a solicitar un límite en la información medica que nosotros revelamos acerca de usted a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un miembro de la familia o un amigo.

Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con su petición. Si nosotros estamos de acuerdo con una petición de restricción, nosotros cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para proveer tratamiento de emergencia o a menos que nosotros le notifiquemos que ya no estamos de acuerdo con la restricción.

Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito para entregarlo al Oficial de Privacidad. En su petición, usted debe decirnos: (1) que información quiere usted limitar; (2) si usted quiere limitar nuestro uso, la revelación o ambas; and (3) para quien quiere usted que se apliquen los limites.

- **Derecho para Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted acerca de sus asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición por escrito al Departamento de Información de Salud. Nosotros no le preguntaremos la razón de su petición. Nosotros complaceremos todas las solicitudes razonables. Su petición debe especificar cómo o donde usted desea ser contactado.

- **Derecho a Designar a Terceros para Recibir Su Información Médica:** Usted tiene el derecho a solicitar que transmitamos una copia electrónica de su información médica directamente a terceros.

Para solicitar que transmitamos electrónicamente su información medica a terceros, usted debe hacer su petición por escrito y mandarla al Oficial de Privacidad a la dirección señalada abajo. Su petición debe identificar claramente el destinatario designado y donde enviar la copia de la información médica.

CAMBIOS PARA ESTE AVISO

Nosotros reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso. Además nosotros reservamos el derecho para hacer la revisión o cambiar el Aviso efectivo para la información médica que nosotros ya tenemos acerca de usted como también cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual en todas las entidades de CCH. Este Aviso contendrá el número de la versión, y la fecha de vigencia, en la primera página, arriba en la esquina derecha. Además, cada vez que se registre o sea admitido en el hospital, departamentos, unidades o clínicas, le ofreceremos a usted una copia del Aviso actual que este en efecto.

QUEJA

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con el Oficial de Privacidad de Columbus Community Hospital o con el Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de la Salud (Department of Health and Human Services). Usted no será penalizado ni tendrá represalias en contra de usted por presentar una queja.

CONTACTOS

Columbus Community Hospital Privacy Officer
PO Box 1800
Columbus, NE 68602-1800
(402) 562-3144

