



# **Aviso de Normas de Privacidad**

Su Información.

Sus Derechos.

Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

# Sus Derechos

**Para obtener más información sobre sus derechos HIPAA o para ejercer sus derechos, por favor comuníquese con:**

HIPAA Privacy Office  
Stormont Vail Health  
1500 S.W. 10th Ave.  
Topeka, Kan. 66604  
Phone: (785) 354-6343  
Fax: (785) 354-6302

**Para obtener una copia de sus registros médicos, por favor comuníquese con:**

Release of Information  
Stormont Vail Health  
1500 S.W. 10th Ave.  
Topeka, Kan. 66604  
Phone: (785) 354-6816  
Fax: (785) 354-5119

Release of Information  
Cotton O’Neil Administration  
823 S.W. Mulvane  
Topeka, Kan. 66606  
Phone: (785) 354-9591 ext. 21250  
Fax: (785) 354-4268

**Para obtener una copia de sus registros de facturación, por favor comuníquese con:**

Patient Financial Services  
Stormont Vail Health/Cotton O’Neil Clinic  
1500 S.W. 10th Ave.  
Topeka, Kan. 66604  
Phone: (785) 354-1150 or toll free at (800) 637-4716  
Fax: (785) 270-0733

Usted tiene ciertos derechos con respecto a la información sobre su salud. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarlo.

**Obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones.**

- Usted puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones, así como otra información que nosotros poseamos sobre su salud. Esto puede tener un costo.
- Generalmente, le proporcionaremos una copia o resumen de sus registros médicos o de reclamaciones dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable, según costos.
- Si usted es paciente de un proveedor médico independiente y tiene registros de exámenes de laboratorio con Stormont Vail Health, por favor comuníquese con nuestro laboratorio, al (785) 354-5937 o al (785) 354-5938.

**Solicitar que se corrijamos sus registros de salud y reclamaciones.**

- Usted puede solicitar que se corrijan sus registros de salud y reclamaciones los considera incorrectos o incompletos.
- Es posible que debamos negar su solicitud, pero le notificaremos por escrito dentro de los 60 días posteriores a su solicitud.

**Solicitar comunicaciones confidenciales.**

- Usted puede pedir que lo contactemos a través de un medio específico (por ejemplo llamándolo a su casa u oficina) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Tomaremos las solicitudes razonables en consideración, y debemos responder “sí” en el caso que usted llegara a decirnos que estaría en peligro si le dijéramos que no.

**Solicitar que compartamos su información o limitemos la información que compartimos.**

- Usted puede pedirnos que compartamos la información sobre su salud con otras personas.
- Usted puede pedirnos que limitemos la cantidad de información que usemos o compartamos y nosotros le dejaremos saber si no nos es posible cumplir con su solicitud.

# Nuestras Responsabilidades

## Obtener un listado de a quiénes se les ha compartido su información.

- Usted puede solicitar un listado en el que queda registrado el número de veces que hemos compartido información sobre su salud durante los seis años previos a la fecha de su solicitud. En el archivo se incluye con quienes se ha compartido la información y el por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones de su información, con excepción de aquellas hechas para su tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de la salud y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que realicemos). Le proporcionaremos una copia de este listado de manera gratuita una vez por año, pero si solicita otra dentro de los 12 meses posteriores, cobraremos una tarifa razonable, según los costos.

---

## Obtener una copia de este aviso de privacidad.

- Usted puede solicitarle al personal de Registro (Registration) una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aún cuando haya optado por obtenerla por medios electrónicos. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

---

## Elegir a alguien para que actúe en representación suya.

- Si le ha otorgado poder legal para asuntos médicos a alguna persona o si alguien es su acudiente legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones con respecto a su información médica.

---

## Radicar una queja si siente que se han violado sus derechos.

- Usted puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos, contactándonos utilizando la información contenida en la última página.
- Usted puede presentar una queja con el departamento de Salud y Servicios Humanos los Estados Unidos, oficina de derechos civiles, enviando una carta a: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights; 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 en su contra por presentar una queja.

- Por ley, se nos requiere que mantengamos la privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- Le dejaremos saber de manera oportuna si llegase a ocurrir cualquier incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con todos los deberes y normas de privacidad descritas en este aviso, y darle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita o permitida por HIPAA a menos que usted nos autorice por escrito para hacerlo. Si usted nos ha dado su autorización, puede revocarla en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambia de parecer.

### 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).

## Cambios a los términos de este Aviso

Podemos modificar los términos de este aviso, los cambios se aplicarán a toda su información. El nuevo aviso estará disponible cuando usted lo solicite al visitar nuestras instalaciones, en nuestro sitio web o le enviaremos una copia por correo electrónico si así lo solicita. Un resumen de este aviso será publicado en cada una de las instalaciones de nuestro sistema de cuidado de la salud.

## Este Aviso de Normas de Privacidad aplica para las siguientes organizaciones.

Este Aviso de Normas de Privacidad aplica para todas las entidades dentro del sistema de Stormont Vail Health, así como para las entidades afiliadas cubiertas y a miembros de OHCA de Stormont Vail cuando esten proporcionando servicios a nuestros clientes. Aplica para todo el personal de Stormont Vail/Cotton O'Neil, incluyendo empleados, voluntarios, miembros del personal médico y otros miembros del personal de atención en salud autorizado para ingresar información en su archivo médico. Aplica para Stormont Vail Retail Pharmacy y las siguientes entidades, cuándo se encuentren proporcionando servicios a pacientes de Stormont Vail: Anesthesia Associates of Topeka, Pediatrix, Radiology and Nuclear Medicine, y Topeka Pathology Group. Para ver el listado completo de las entidades y proveedores a quienes aplica este Aviso, contacte al oficial de privacidad de Stormont Vail.

- Para funciones gubernamentales especiales, tales como el ejército, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

### Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación judicial.

## Sus derechos sobre intercambio electrónico de información médica

### Care Everywhere®

- Care Everywhere® le permite a las organizaciones que utilizan la misma plataforma electrónica de archivos médicos, tener acceso a la información de otros proveedores en la misma plataforma. Su información médica se incluye automáticamente en el sistema de Care Everywhere®, a menos que usted nos indique que desea que su información sea excluida. Para que su información sea excluida del sistema de Care Everywhere® usted debe completar el formulario de solicitud de inscripción / dada de baja. Los formularios están disponibles con el personal de registro. Si tiene preguntas con respecto a Care Everywhere®, por favor comuníquese con la oficina de privacidad de Stormont Vail Health al (785) 354-6343.

### Red de Información Médica de Kansas - Kansas Health Information Exchange (KHIE)

- La Red de Información Médica de Kansas es una red para el intercambio de información médica (HIE) aprobada, en la cual participamos. Esta red le permite al proveedor o plan de salud hacer por medios electrónicos, una única solicitud para obtener los archivos de un paciente específico de otros participantes de HIE, con fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.
- Si desea restringir el acceso a esta red, debe completar y enviar el formulario correspondiente, disponible en <http://www.khie.org> y enviarlo a KHIE, P.O. Box 4769, Topeka, Kan. 66604.

## Sus Preferencias

Para cierta información médica, usted puede indicarnos sus preferencias en cuanto a qué compartimos. Si usted tiene una preferencia clara de cómo quiere que compartamos su información en las situaciones descritas a continuación, díganoslo. Cuéntenos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

### En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la posibilidad de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en su cuidado o en el pago del mismo.
- Compartamos información en caso de atención en desastres

*Si no le es posible contarnos su preferencia, como por ejemplo si llegase a estar inconsciente, podemos compartir su información si consideramos que es en favor de su bienestar. Puede que también compartamos información cuando se necesite para reducir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad.*

### En estos casos nunca compartiremos su información a menos que usted nos autorice por escrito:

- Con fines de mercadeo por los cuales Stormont Vail recibiría remuneración financiera.
- Venta de su información.
- Sin embargo, su autorización no es necesaria para comunicaciones cara a cara sobre tratamiento u operaciones de salud, o para regalos promocionales de valor nominal.

### En estos casos compartimos su información a menos que usted nos solicite lo contrario:

- Stormont Vail Health puede utilizar y divulgar su información a una fundación relacionada institucionalmente.
- La información sobre como excluirse de la lista será proporcionada en todas las comunicaciones con fines de recaudar fondos.

# Nuestros Usos y Divulgaciones

Por lo general, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

## Con fines de tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con los profesionales que están a cargo de su cuidado.

*Ejemplo: Podemos divulgar su información con doctores, enfermeras, técnicos, farmaceutas, estudiantes médicos u otros proveedores de salud que estén o no involucrados con su cuidado.*

## Para obtener pagos

- Podemos utilizar y divulgar su información para que los tratamientos y servicios que reciba sean facturados y luego cobrados a usted, una aseguradora, un tercero o cualquier otra persona.

*Ejemplo: Compartiremos información sobre usted con su aseguradora para coordinar el pago de su admisión quirúrgica.*

## Con fines operativos del sistema

- Podemos utilizar y divulgar su información médica con fines operativos de nuestro sistema de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarias para el funcionamiento del sistema de salud.

*Ejemplo: Podemos usar su información médica para revisar nuestros servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal al momento de brindarle cuidados o enviarle recordatorios de sus citas.*

## ¿De qué otras maneras podemos utilizar su información médica?

Se nos permite o requiere compartir su información de otras formas – por lo general en formas que contribuyan al bienestar público, tal como la salud e investigación pública. Debemos cumplir con ciertas condiciones que impone la ley, antes de compartir su información con estos fines. Para más información por favor visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## Por razones de seguridad o salud pública

- Podemos compartir su información en situaciones como:
  - Prevención de enfermedades
  - Para ayudar a retirar productos del mercado
  - Reportar nacimientos o fallecimientos
  - Reportar reacciones adversas a medicamentos
  - Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica o ciertos tipos de heridas
  - Prevención o reducción de amenazas serias a la salud o seguridad de cualquier persona

## Para investigación

- Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones médicas.

## Cumpliendo con la ley

- Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo al departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si desean revisar que estemos cumpliendo lo la ley federal de privacidad.

## Directorio del Sistema de Cuidado de la Salud

- Podemos incluir cierta información médica limitada en el directorio del sistema de salud mientras sea paciente del hospital. Esta información puede incluir su nombre, ubicación dentro del sistema de salud, su condición general (por ej. estable, satisfactoria, etc.) y su creencia religiosa.

## A bancos de órganos y tejidos, examinadores médicos y directores fúnebres

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de donación de órganos.
- Podemos compartir información de un paciente que ha fallecido con un forense, examinador médico o director fúnebre.

## Atendiendo solicitudes de compensación laboral, fuerzas policiales, u otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - Para querellas por compensación laboral
  - Para fines policiales
  - Con agencias supervisoras para sus actividades autorizadas por la ley.