

## **RED BUD REGIONAL HOSPITAL** **AVISO DE PRÁCTICAS SOBRE LA PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED SERÁ USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR DE LEER CON ATENCIÓN.**

Este Aviso aplica a todos los expedientes médicos que mantenemos para usted. La ley nos exige: mantener la confidencialidad de su Información Médica Protegida (PHI, por siglas en inglés), darle este Aviso que describe nuestras prácticas y obligaciones legales, seguir los términos del Aviso presente y avisarle si la información médica protegida no asegurada ha sido infiltrada. Este Aviso describe las prácticas de los empleados, voluntarios, estudiantes en formación y personal contratado que forman parte de Deaconess Regional Healthcare Services Illinois, Inc. (que opera bajo el nombre de Deaconess Illinois Medical Center), Deaconess Illinois Crossroads, Inc. (que opera bajo el nombre de Deaconess Illinois Crossroads), Deaconess Illinois Red Bud Inc. (que opera bajo el nombre de Red Bud Regional Hospital), Deaconess Illinois Union County Hospital, Inc. (que opera bajo el nombre de Deaconess Illinois Union County) y las Entidades Afiliadas Cubiertas (que opera bajo el nombre de Deaconess Illinois Crossroads Family Clinic Mt. Vernon, Deaconess Illinois Crossroads Family Clinic Wayne City, Deaconess Illinois Union County Family Clinic, and Red Bud Health Clinic) colectivamente conocidos como "Deaconess Illinois". El Aviso también describe la práctica de privacidad de los médicos y enfermeras practicantes independientes, u otros proveedores de atención médica (el personal médico) que brindan atención en las Entidades Cubiertas de "Deaconess Illinois". A lo largo de este Aviso, las partes cubiertas por este Aviso serán denominadas en conjunto como Deaconess Illinois (DIL).

(Tenga en cuenta que los profesionales independientes del personal médico son responsables solamente por sus opiniones y conducta en proporcionar los servicios a los pacientes y por su cumplimiento de las leyes estatales y federales. Este aviso no cubre la práctica de privacidad de información de los profesionales independientes en sus oficinas privadas o en otros lugares no indicados en este Aviso.)

### **Uso y divulgación de la información para fines de tratamientos, pagos y operativos**

Quando usted busca tratamiento médico en DHS, su PHI puede ser usado dentro de DHS y divulgado fuera de DHS para los propósitos descritos a continuación, sin el permiso verbal o escrito de usted.

**Tratamiento:** La PHI recopilada por las personas que le tratan está registrada en su expediente y se usará para determinar su plan y progreso de cuidado. Esta PHI puede ser compartida con cualquiera de los proveedores involucrados en su cuidado y en otras instalaciones donde usted podrá ser transferido. En algunos casos, el compartir su PHI con otros proveedores y hospitales puede hacerse por vía electrónica, incluso a través de los intercambios de información de salud patrocinados por Indiana, Illinois y Kentucky. A través de usar dicho intercambio, se podría hacer que su PHI esté disponible a quienes cuidan de usted fuera del área de servicio de DIL en una manera oportuna y efectiva.

**Pagos:** Podemos usar su PHI para verificar su cobertura de seguro. Se enviará una factura y una explicación de las prestaciones a usted, su aseguradora u otras partes identificadas como un pagador por su reclamo. Podemos divulgar la información de facturación a otros proveedores de salud involucrados en su cuidado para que tengan la información correcta de facturación. Si está atrasado en el pago de su cuenta, se podrá compartir información sobre usted con agencias de cobro.

**Las operaciones de atención médica:** Usaremos su PHI para propósitos operativos, que incluyen, pero no limitadas a, la evaluación y entrenamiento del personal, programas educativos e inspecciones de calidad de nuestros procesos de tratamiento y empresariales. Su identidad puede ser compartida con administradores del hospital o administradores de nuestros fondos 403(b) para que sepan de su presencia en nuestras instalaciones. Su PHI puede ser divulgada a estudiantes u observadores de visita quienes observan el tratamiento y otros procesos durante los programas vigilados dentro de nuestras instalaciones tales como el Health Science Institute. Su PHI puede ser divulgada a otros proveedores involucrados en su cuidado para sus propias operaciones de atención médica.

**La comunicación:** Podemos comunicarnos con usted por vía telefónica, correo electrónico, mensaje de texto o correo postal con respecto a sus citas u otros asuntos. Podemos dejar recados de voz al número que nos ha proporcionado.

**La coordinación de atención médica, relacionada a productos y servicios:** Podemos usar o divulgar su PHI para coordinar su cuidado, y recomendarle las alternativas de terapias, entornos de cuidado, o proveedores. Podemos usar o divulgar su PHI para comunicarle acerca de los servicios disponibles en DIL. Podemos informarle acerca de productos o servicios de otra empresa a través de las comunicaciones presenciales. Podemos usar y divulgar su PHI para mandarle un regalo de promoción de parte de nosotros que es de un valor mínimo.

**Socios comerciales:** Podemos divulgar su PHI a terceros contratados llamados Socios Comerciales quienes nos asisten para prestar servicios en nuestro nombre. Estos terceros están obligados por la ley y los contratos a proteger su PHI.

**La información de datos limitados y no identificados:** Una 'información de datos limitados' de PHI que no se le identifique directamente puede ser divulgada a las autoridades de salud pública, a los patrocinadores de investigación o al almacén de datos Epic para la investigación, iniciativas de salud pública, el desarrollo de nuevos estándares clínicos u otros mejoramientos relacionados con la calidad de la salud. Desde la PHI cualquier de todos los identificadores directos e indirectos que han sido eliminados, se consideran 'no-identificado' y se pueden usar o divulgar para cualquier propósito.

**Recaudación de fondos:** Podemos usar su información (nombre, dirección, número de teléfono, fechas y unidades de servicio, edad y género) para comunicarnos con usted en la recaudación de nuestros fondos de 403(b). Usted tiene el derecho de no participar en la recepción de esta comunicación.

### **Compartir información con familia, parientes, amigos y otros involucrados en su cuidado o pagos por su cuidado**

**Si usted está de acuerdo o no tiene una objeción, usaremos su información en las siguientes circunstancias.**

**Directorio hospitalario:** Podemos incluir su nombre, ubicación en el hospital y afiliación religiosa en un directorio del hospital. Si alguien pregunta por usted por nombre, le daremos su número de cuarto y número telefónico y podemos dar brevemente su estado general de salud. También podemos comunicarnos con su iglesia para avisar a su religioso a cargo que usted está aquí. Si usted no desea que otros sepan que está aquí, o usted no desea que su iglesia sea avisada, por favor hágalo saber a la recepción de registro lo más pronto posible después de su admisión.

**Notificación de emergencia:** Si recibe el tratamiento en una situación de emergencia y no se opone, podemos avisar a los miembros de su familia u otras personas conocidas que usted está aquí. En caso de un desastre, podemos avisar a la Cruz Roja u otra agencia responsable para dar aviso a la familia si usted está aquí.

**Comunicación con familiares, amigos u otros:** Podemos conversar acerca de su cuidado con los miembros de su familia, amigos cercanos u otros individuos que usted conoce, quienes pueden estar involucrados en su cuidado o el pago de su cuidado. Si usted es ingresado por problemas de salud mental, no se compartirá información personal con su familia, amigos u otros reconocidos por usted, a menos que usted nos dé permiso por escrito de hacerlo. Si nosotros determinamos que es adecuado hacerlo, podemos permitir que su familia o amigos actúen en su nombre para recoger sus recetas, suministros, artículos, radiografías u otros objetos. Compartiremos información sobre un menor de edad con un padre o madre sin custodia a menos que hayamos recibido una orden o decreto judicial que prohíbe tal acción.

**Cuando es razonable suponer que usted no se opone:** Si usted pide que un miembro familiar o amigo esté presente durante una revisión o conversación o usted no solicita que se vaya, supondremos que usted no se opone con respecto a la información que está siendo hablada a usted en presencia de ellos. Si usted no puede decirnos si está de acuerdo o no a la divulgación por cualquier razón enlistada en esta sección, podemos hablar sobre su tratamiento o su factura con su familia, parientes, amigos cercanos u otras personas involucradas en el cuidado o pago de su cuidado, pero solo consideraremos decir lo que es primordial en su beneficio para que la información sea compartida, con base en nuestra opinión profesional.

### **Usos o divulgaciones para la investigación o cuando es legalmente autorizado por la ley**

Podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso en las circunstancias siguientes, sujeto a todas las leyes pertinentes.

- Para las actividades de investigación bajo ciertas circunstancias limitadas, y sujetas a un proceso de aprobación especial.
- Cuando se exige por las leyes locales, estatales o federales.
- Para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, a la de otra persona o al público general.
- A las organizaciones que se involucren en la adquisición de órganos o trasplantes de órganos, ojos, o tejidos o bancos de donación de órganos, como sea necesario para facilitar la donación y los trasplantes de órganos o tejidos.
- Si se exige por la autoridad del comando militar correspondiente (solamente para los miembros activos en servicio militar).

- Para reportar los resultados y tratamientos de sus lesiones sujetas a la indemnización laboral de su empleador, administrador de casos, otros proveedores de atención médica y al asegurador tal como es permitido o se exige por la ley del estado.
- A las autoridades de salud pública locales, estatales o federales para varias actividades de salud pública que incluyen: certificar nacimientos y fallecimientos, reportar ciertas enfermedades, heridas o enfermedades contagiosas, reportar las reacciones imprevistas de los medicamentos, problemas con un dispositivo médico, u otro problema no anticipado con su cuidado, rastrear, retirar y vigilancia posterior a la comercialización de los productos regulados por la FDA, avisar que usted podría haber sido expuesto a alguna enfermedad o puede estar a riesgo de contraer o transmitir una enfermedad. La información relacionada a la visita de la sala de emergencia es comunicada al Illinois Department of Public Health (Departamento de Salud de Illinois) para monitorear las enfermedades contagiosas y el contraterroismo.
- Para reportar un presunto o confirmado abuso, negligencia o poner en peligro a los menores o adultos, a las agencias pertinentes o a las Autoridades.
- A las agencias de supervisión de la salud que supervisan nuestro cumplimiento con la ley. Además, los empleados particulares, voluntarios, estudiantes en formación o los Socios Comerciales pueden usar o divulgar la información relevante de usted en una acción "delatora".
- En respuesta a una orden judicial o administrativa u otro procedimiento judicial que obligue a la divulgación de información.
- A las Autoridades locales, estatales o federales tal como lo exige la ley, para identificar o localizar a personas en nuestras instalaciones, para informar sobre la actividad delictiva conocida o presunta, o cuando sea necesario para la seguridad nacional o estatal.
- A un forense o médico forense o funeraria tal como sea autorizado por la ley.

### **Otos usos y divulgaciones de la información médica**

**Expedientes de los pacientes de salud mental y alcoholismo o abuso de sustancias:** Si usted recibe tratamiento de salud mental, alcoholismo o abuso de sustancias, sus expedientes pueden ser sujetos a protecciones adicionales bajo la ley estatal o federal. Comuníquese con el Director de Privacidad de la instalación o un administrador del registro médico para cualquier pregunta que usted pueda tener, usando la dirección o número de teléfono proporcionado al final del documento. Si su terapeuta mantiene notas privadas sobre de su cuidado (por ejemplo, notas que no se registran en el expediente médico), no se las comunicaremos a usted o a cualquier otro tercero con la excepción de su autorización por escrito.

**Usos y divulgaciones incidentales por causas fortuitas:** A pesar de que tomamos las medidas necesarias para evitarlos, es posible que, durante el uso o divulgación lícita de su información médica, esta sea escuchada o vista por alguien más aparte del destinatario indicado en dicha información.

**Las divulgaciones que requieren su autorización por escrito:** No venderemos su información sin su autorización por escrito. No usaremos o compartiremos su información con la finalidad de comercializar los servicios o productos a un tercero que no sea una instalación de Deaconess sin su autorización por escrito. Otros usos y divulgaciones no cubiertos en este Aviso o por las leyes que nos aplican, serán realizadas con su permiso por escrito. Usted puede, en la mayoría de los casos, revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Tenga en cuenta que no podemos recuperar la información que fue divulgada previamente con su permiso.

No podemos aceptar una revocación de su permiso por escrito cuando fue dado como una condición para obtener la cobertura de seguro, debido a que otras leyes otorgan a la aseguradora el derecho de protestar un reclamo bajo la póliza de seguro.

Si usted se niega a dar su permiso por escrito para divulgar información, no podemos negarle el tratamiento, a menos que 1) su permiso por escrito se requiera como una condición para participar en la investigación relacionada al tratamiento, o 2) la única razón para encontrar atención médica es crear la información médica para su divulgación a un tercero (por ejemplo, un examen físico para la preselección de un empleo o una prueba mandada por la Administración de la Seguridad y la Salud Ocupacionales (OSHA en inglés) a su empleador).

### **Sus derechos con respecto a su información médica**

**Usted puede ejercer los derechos siguientes a través de ponerse en contacto con la instalación donde recibe sus servicios.**

**Derecho de inspeccionar y copiar:** Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener copias del PHI que mantenemos de usted. Su solicitud debe hacerse por escrito. Usted tiene el derecho de obtener una copia electrónica de sus expedientes médicos mantenidos electrónicamente, si tales expedientes están accesibles por medio electrónico o en el formato que usted solicite. Cifraremos la información electrónica para usted (es obligatorio una contraseña para acceder a la información) a menos que usted nos ordene no cifrarla. Podemos negar su petición para inspeccionar y copiar su información en ciertas circunstancias determinadas. Usted puede solicitar la revisión de la denegación.

**Derecho a rectificar o actualizar su información:** Usted puede solicitar que rectifiquemos información que no sea correcta o completa en sus expedientes. Usted tiene el derecho de solicitar una modificación a lo largo del tiempo que mantenemos su información. Su solicitud debe hacerse por escrito. Denegamos su solicitud si 1) usted no proporciona una razón por los cambios solicitados, o 2) la información no fue creada o mantenida por nosotros, o 3) la información no está dentro de los expedientes donde usted tiene permiso para inspeccionar y copiar, o 4) la información en sus expedientes es exacta y completa. Cualquier modificación que aceptamos será incluida en su expediente.

**Derecho a la lista de ciertas divulgaciones:** Estamos obligados a mantener una lista de ciertas (pero no todas) divulgaciones que hacemos de su PHI y usted tiene derecho a ese informe. Su solicitud debe presentarse por escrito. Usted debe indicar el periodo de tiempo del cual desea el informe de divulgaciones, no obstante, el periodo de tiempo debe estar comprendido dentro de los últimos 6 años. El primer informe que solicite dentro de un periodo de doce meses será sin costo. Sin embargo, si usted solicita informes adicionales durante este periodo, le cobraremos los cargos de suministros del informe.

**Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene derecho de solicitar que restrinjamos el uso o divulgación de su PHI para tratamiento, pago o la operatividad para la atención de salud. Usted tiene el derecho de solicitar que restringimos la PHI que divulgaremos a su familia, amigos u otros involucrados en su cuidado o pago de su cuidado. Su solicitud para la restricción se debe presentar por escrito. Respetaremos su solicitud para no divulgar información de su plan de cobertura médica acerca de los servicios que usted recibe, siempre y cuando usted haga los arreglos para pagar por completo los servicios al momento de su solicitud. En todos los demás casos, no tenemos la obligación de acceder a su solicitud para restringir ni proporcionar una razón para la denegación. No aceptaremos la restricción sobre la información cuando se exige la divulgación o cuando está permitida por la ley o cuando no tenemos las capacidades técnicas para imponer una restricción. No podemos restringir la información divulgada previa a su solicitud de restricción. Si accedemos a su solicitud para la restricción, acataremos con la solicitud a menos que la información sea necesaria para proveer a usted el tratamiento en la situación de emergencia. Si revocamos nuestra decisión para aceptar una restricción más adelante, le avisaremos a por escrito.

**Derecho de solicitar la entrega de información alternativa:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud por medios alternativos o en un lugar alternativo. *Por ejemplo,* usted puede pedir que le comuniquemos en el trabajo o que le mandemos sus expedientes a usted o a una persona que usted indique a un lugar distinto al de su hogar. Cualquier solicitud de entrega alternativa de información debe hacerse por escrito y debe especificar cómo o dónde usted desea que nos comuniquemos con usted. Cumpliremos las solicitudes que podemos dentro de nuestra capacidad.

**Derecho a una copia en papel de este Aviso:** Usted puede obtener una copia en papel de este Aviso en cualquier módulo de registro, en una instalación de DIL o en nuestro sitio de web a [www.deaconess.com](http://www.deaconess.com).

### **Cambios a este Aviso**

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso. Nos reservamos el derecho de poner en vigor el Aviso revisado o modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, además de cualquier información que recibamos en el futuro. Postulamos una copia del Aviso vigente en cada instalación en el Sistema de Salud Deaconess. El Aviso contendrá, en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha vigente de este Aviso. Usted puede obtener una copia revisada en cualquier módulo de registro.

### **Quejas:**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja en la instalación o en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. **Usted no será sancionado por presentar una queja.**

### **PARA REALIZAR UNA QUEJA, COMUNÍQUESE CON:**

<b>Instalaciones</b>	<b>Contacto</b>
<b>Deaconess Regional Healthcare Services Illinois, Inc.</b>	<b>Reg Dir of Compliance &amp; Privacy 618-998-4362</b>

<b>Deaconess Illinois Crossroads</b>	<b>Risk Mgr/Pt Safety Officer</b>	<b>618-241-8708</b>
<b>Deaconess Illinois Crossroads Family Clinic Mt. Vernon</b>	<b>Risk Mgr/Pt Safety Officer</b>	<b>618-241-8708</b>
<b>Deaconess Illinois Crossroads Family Clinic Wayne City</b>	<b>Risk Mgr/Pt Safety Officer</b>	<b>618-241-8708</b>
<b>Deaconess Illinois Union County</b>	<b>Risk Mgr/Pt Safety Officer</b>	<b>618-833-4511 ext. 4359</b>
<b>Deaconess Illinois Medical Center</b>	<b>Risk Mgr/Pt Safety Officer</b>	<b>618-998-7485</b>
<b>Deaconess Illinois Union County Family Clinic</b>	<b>Risk Mgr/Pt Safety Officer</b>	<b>618-833-4511 ext. 4359</b>
<b>Red Bud Regional Hospital</b>	<b>Risk Mgr/Pt Safety Officer</b>	<b>618-282-5404</b>
<b>Red Bud Health Clinic</b>	<b>Risk Mgr/Pt Safety Officer</b>	<b>618-282-5404</b>

**Preguntas sobre este Aviso dirigirse a:**  
**Regional Privacy Officer**  
**Deaconess Regional Healthcare Services Illinois, Inc.**  
**3333 West DeYoung St, Marion, IL 62959**  
**618-998-4362**