



NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Siouxland Community Health Center
1021 Nebraska Street
Sioux City, IA 51105

<https://slandchc.com>

Teléfono Del Oficial De

Cumplimiento: (712) 226-8983

Correo Electrónico: mnitz@slandchc.com

Siouxland Community Health of Nebraska
3410 Futures Drive

South Sioux City, NE 68776

<https://slandchc.com>

Teléfono Del Oficial De

Cumplimiento: (712) 226-8983

Correo Electrónico: mnitz@slandchc.com

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACION MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISAR CON CUIDADO.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia electrónica en papel de su historial médico
- Solicitar que corriamos o modifiquemos su historial medico en papel o electrónico
- Solicitar información confidencial
- Solicitar que limitemos la información que compartimos
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

Vea las páginas 2 y 3 para más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos

SUS OPCIONES

Usted tiene algunas opciones en la forma en que se utiliza y como compartimos la información:

- Compartir información con su familia y amigos acerca de su condición.
- Proveer alivio en caso de una catástrofe.
- Proveer cuidado de salud mental
- Propósitos de mercado o venta de su información.
- Recaudación de fondos

Vea la página 3 para más información sobre sus opciones y como ejercerlos

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos utilizar y compartir su información de la siguiente manera:

- Tratamiento
- Dirigir nuestra organización
- Facturar por sus servicios
- Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad
- Realizar investigaciones
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director funerario
- Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales
- Realizar evaluación de calidad y actividades de mejoría, incluyendo encuestas de satisfacción del paciente

Vea la página 4 – 5 para más información sobre estos derechos y como ejercerlos

SUS DERECHOS: Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en forma de papel o electrónica de su expediente medico

Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en forma electrónica o en papel de su expediente médico u otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos como hacerlo.

Las solicitudes de acceso, intercambio o uso de información médica electrónica pueden hacerse a través del portal del paciente o por escrito.

Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

Solicitarnos que rectifiquemos su expediente medico

Puede solicitarnos que rectifiquemos o modifiquemos la información medica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos como hacerlo.

Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicación confidencial

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, teléfono particular o de oficina) o que le enviemos el correo electrónico a una dirección diferente.

Diremos “si” a todas las peticiones razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

Puede solicitar que “no” utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su cuidado.

Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de solicitud, con quien la hemos compartido y la razón.

Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

Puede solicitar una copia de papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en forma de papel de inmediato.

Elegir a alguien que actúe en su nombre

Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si siente que se han violado sus derechos

Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.

Puede presentar una queja la oficina de Derechos Civiles del, Departamento de Salud y Servicios, Humanos de EE.UU mandando una carta al, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

SUS OPCIONES: Para cierta información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene ambos el derecho y opción de pedirnos que:

Compartamos información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado.

Compartir información en caso de una situación de catástrofe

Si no puede decirnos su preferencia, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos *nunca* compartiremos su información al menos que entregue un permiso: por escrito:

Propósitos de mercadeo.
Venta de su información
Mayor intercambio de notas psicoterapia
Cualquier otro uso o divulgación no descrito en este aviso

Si nos autoriza por escrito a divulgar su información puede revocarla en cualquier momento siguiendo el procedimiento establecido en el formulario de autorización. Su revocación no será efectiva con respecto a cualquier divulgación realizada antes de su revocación.

En el caso de recaudación de fondos:

Podemos ponernos en contacto con usted para fines de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no volvamos a hacerlo.

Acuerdos Organizados de Cuidado de la Salud:

Formamos parte de un acuerdo organizado de atención médica que incluye participantes en OCHIN. La lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como socio comercial de Siouland Community Health Center (SCHC) y Siouland Community Health Center of Nebraska (SCHN), OCHIN nos suministra tecnología de la información y servicios relacionados a nosotros y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también realiza actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de historias clínicas electrónicas. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las derivaciones internas y externas de pacientes. La SCHC/SCHN puede compartir su información médica personal con otros participantes de la OCHIN o con un intercambio de información médica sólo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para las operaciones de atención médica del acuerdo de atención médica organizada. Las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otras cosas, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar las prestaciones clínicas que recibe. La información sanitaria personal puede incluir información médica pasada,

presente y futura, así como la información descrita en las Normas de Privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se divulgará de conformidad con las Normas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable modificada en cada momento. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya haya sido proporcionada según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le facilitará una lista de las entidades a las que se ha revelado su información.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES: ¿Cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento Podemos utilizar su información y compartirla con otros profesionales *una lesión le consulta a otro médico sobre su estado de salud general.*
Ejemplo: Un médico que lo esté tratando por y

Dirigir nuestra organización Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los seguros de salud y otras entidades.
Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras - usualmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones. Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con asuntos de salud y seguridad pública

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda en la retirada de productos
- Reportar reacciones adversas a los medicamentos
- Reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Investigue

Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

| | |
|---------------------------|---|
| Cumplir con la ley | Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal. |
|---------------------------|---|

| | |
|---|---|
| Responder a las solicitudes de órganos y tejidos | Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos. |
|---|---|

| | |
|--|--|
| Trabajar con un médico forense o director fúnebre | Podemos compartir información medica con un oficial de investigación forense, médico forense o director fúnebre cuando un individuo fallece. |
|--|--|

| | |
|---|---|
| Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley, y otras solicitudes gubernamentales | Podemos utilizar o compartir su información medica en reclamos de compensación de trabajadores, en fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad, con agencias de supervisión de salud para las actividades por ley, funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares. |
|---|---|

| | |
|--|--|
| Responder a demandas y acciones legales | Podemos compartir información medica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal, o en respuesta a una citación cuando se cumplan los requisitos necesarios jurisdiccionales y legales. |
|--|--|

| | |
|---|--|
| Información con protección adicional | Ciertos tipos de información sanitaria protegida gozan de protección adicional en virtud de la legislación federal o estatal. El Estado de Iowa ofrece mayor protección a información sanitaria sobre salud mental y VIH/SIDA, y tanto la ley de Iowa como la tanto la ley federal como la de Iowa brindan mayor protección en el caso del alcoholismo y la drogadicción. Nos comprometemos a cumplir todas las leyes estatales y federales que exigen mayores límites en la divulgación de la información. divulgaciones y no compartiremos estos registros sin su permiso por escrito. |
|---|--|

NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia del mismo documento.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que

podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

INFORMACION GENERAL:

Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambio en los términos de este Aviso: Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a previa solicitud, en nuestra oficina y nuestro sitio web.

Fecha de entrada en vigor: 1 de Enero del 2013

Actualización: 6 de Junio del 2016; 19 de Julio del 2018; 20 de Noviembre del 2020; 19 de diciembre del 2022, 24 de Octubre del 2023

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con el Encargado de Cumplimiento al (712) 226-8983 o mnitz@slandchc.com.