

# Penn State Health

# Aviso de privacidad

Fecha de entrada en vigor: 29 de noviembre de 2017

**ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE PUEDE USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.**

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad llamando al (717) 531-2081.

## **QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO:**

Este Aviso describe las prácticas de Penn State Health (PSH) y de cualquier profesional de atención médica con autorización para ingresar información en sus expedientes de PSH; todos los departamentos y unidades de PSH; cualquier miembro de un grupo de voluntarios a quien le permitamos ayudarlo mientras recibe atención en PSH; todo el personal, empleados, estudiantes, aprendices y otros miembros del personal de PSH; y toda nuestra comunidad, clínicas y consultorios médicos dentro y fuera del campus.

## **NUESTRO COMPROMISO RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA:**

Comprendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal y, por ello, nos comprometemos a protegerla. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en PSH. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir ciertos requisitos legales. Este Aviso aplica a todos los registros de su atención generados por PSH, y a nuestras clínicas y consultorios médicos dentro y fuera del campus. Este Aviso le indicará las formas en que podemos usar y divulgar la información médica sobre usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de la información médica. Estamos obligados por ley a lo siguiente:

- *Asegurarnos de mantener la privacidad de la información médica que lo identifique.*
- *Proporcionar este Aviso sobre nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted.*
- *Cumplir con los términos del Aviso que esté actualmente vigente.*

## **FORMAS EN QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:\***

**Para fines de tratamiento:** Podemos usar información médica sobre usted para brindarle tratamiento o servicios

médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y de otras ramas de la salud u otros miembros del personal de PSH involucrados en su atención en PSH. Por ejemplo, es posible que un médico deba informar al nutricionista si usted sufre diabetes para que podamos organizar que reciba los alimentos adecuados.

**Para fines de pago:** Podemos usar o divulgar información médica sobre usted para que podamos recibir el pago de parte de usted, un plan de salud, una compañía de seguro o un tercero por el tratamiento y los servicios que reciba en PSH. Por ejemplo, es posible que debamos entregarle información a su plan de salud acerca de una cirugía a la que se haya sometido en PSH para que este pueda pagarnos o reembolsarle el costo de la cirugía.

**Para operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para las operaciones de PSH. Estos usos y divulgaciones son necesarios para dirigir las operaciones de PSH y para garantizar una atención de calidad a todos nuestros pacientes. Por ejemplo, podemos divulgar información a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y de otras ramas de la salud, y a otros miembros del personal de PSH para fines de aprendizaje y revisión.

**Intercambios de información médica:** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted electrónicamente a través de Intercambios de información médica (Health Information Exchanges, HIE) para garantizar que sus proveedores de atención médica fuera de PSH tengan acceso a su información médica sin importar dónde reciba atención. Además, es posible que el personal de PSH obtenga información a través de un HIE sobre la atención que usted recibió de otros proveedores de atención médica fuera de PSH cuando estos proveedores comparten su información médica en un HIE. Tener acceso inmediato a su información médica a través de un HIE le permite a los proveedores de atención médica mejorar la seguridad y la calidad de la atención que le ofrecen. Es posible que las organizaciones que participan en los HIE también usen

la información médica para otros fines que no sean el tratamiento si la ley lo permite. Los pacientes pueden elegir no formar parte de los HIE. PSH hará lo posible para limitar el intercambio electrónico de la información médica de los pacientes que hayan elegido no formar parte. Si desea no formar parte, solicítele un formulario de exclusión al personal de registro de PSH.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar y divulgar información médica a fin de comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para recibir un tratamiento o atención médica en PSH.

**Alternativas de tratamiento:** Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle.

**Servicios y beneficios relacionados con la salud:** Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre servicios o beneficios relacionados con la salud que podrían interesarle.

**Asociados comerciales:** Hay algunos servicios que se prestan en PSH a través de acuerdos y convenios con otras organizaciones y personas que no son empleados de PSH. Algunos ejemplos son las compañías que hacen el mantenimiento de los equipos médicos y las agencias que ofrecen personal temporal (“Asociados”). Podemos divulgar su información médica a estos Asociados para que puedan prestar los servicios necesarios. Exigimos que estos Asociados acepten proteger la privacidad de su información médica del mismo modo que lo hacemos nosotros.

**Actividades de recaudación de fondos:** Podemos usar información médica limitada sobre usted para comunicarnos a fin de solicitarle donaciones voluntarias en apoyo a las misiones de beneficencia de PSH. También podemos divulgar información limitada a Penn State (lo que ayuda a PSH a obtener donaciones de beneficencia) para que Penn State pueda comunicarse con usted a la hora de recaudar dinero para PSH. Si usamos o divulgamos su información médica para actividades de recaudación de fondos, le daremos la opción de no participar en esas actividades. También puede elegir que lo vuelvan a incluir.

**Directorio de PSH:** Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras usted sea paciente del hospital. La información del directorio puede incluir su nombre, su ubicación en el hospital, su estado de salud en general y sus creencias religiosas. La información del directorio, salvo sus creencias religiosas, también puede proporcionarse a personas que pregunten por usted mencionando su nombre. Su información sobre creencias religiosas puede proporcionarse a algún miembro eclesiástico. Sin embargo, también puede indicarnos que no divulguemos parte o toda su información del directorio y nosotros haremos lo que usted indique.

**Personas involucradas en su atención:** Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o a un familiar que esté involucrado en su atención médica.

**Investigación científica:** En ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica sobre usted para fines de investigación. El uso y la divulgación para proyectos de investigación están sujetos a un proceso de autorización especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y el uso que se hace de la información médica para determinar que su información médica quede adecuadamente protegida. Antes de que usemos o divulguemos información médica para fines de investigación, el proyecto debe haberse aprobado a través de este proceso de aprobación. Sin embargo, podemos divulgar información médica sobre usted a las personas que se estén preparando para hacer un proyecto de investigación con el fin de ayudarlos a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información médica que revisen no salga de PSH.

**Según se requiera por ley:** Divulgaremos información médica sobre usted siempre que así lo requieran las leyes locales, estatales o federales.

## SITUACIONES ESPECIALES:

**Donación de órganos y tejidos:** Si es donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o bien a un banco de donación de órganos.

**Miembros del ejército y veteranos:** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información médica sobre efectivos militares extranjeros a las autoridades militares extranjeras pertinentes.

**Compensación de trabajadores:** Podemos divulgar información médica sobre usted a programas de compensación de trabajadores u otros programas similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos de salud pública:** Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades relacionadas con la salud pública. Por lo general, estas actividades incluyen lo siguiente:

- *Prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades.*
- *Informe de nacimientos y muertes.*
- *Denuncia de negligencia o maltrato infantil.*
- *Informe de reacciones a medicamentos o problemas con productos.*
- *Notificación sobre la retirada de productos del mercado a personas que los puedan estar usando.*
- *Notificación a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que esté en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección.*

- *Notificación a las autoridades gubernamentales pertinentes en caso de que existan sospechas de que un paciente pudo haber sido víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando así se requiera o autorice por ley.*

**Actividades de supervisión de la salud:** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para la ejecución de actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y disputas:** En conexión con una demanda o disputa, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación judicial, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legítimo por parte de otra persona involucrada en la disputa. Podemos usar y divulgar información médica para defender o imponer una demanda relacionada con su tratamiento en PSH.

**Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar información médica si así lo solicita un oficial del orden público, en respuesta a una orden judicial, citación, orden de inspección, orden de comparecencia u otro proceso similar de ejecución de la ley.

**Investigadores forenses, médicos forenses y directores de funerarias:** Podemos divulgar información médica a un investigador o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información médica sobre pacientes de PSH a directores de funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.

**Actividades de inteligencia y seguridad nacional:** Podemos divulgar información médica sobre usted a oficiales federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad autorizadas por ley.

**Reclusos:** Si es recluso de una institución penitenciaria o se encuentra bajo la custodia de un oficial del orden público, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución penitenciaria o al oficial del orden público pertinentes.

## USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Podemos divulgar otros tipos de información médica sobre usted, pero solo con su consentimiento, autorización o dándole la oportunidad de objeción, a menos que estemos obligados por ley a divulgarla. Más específicamente, sin su autorización, tenemos expresamente prohibido usar o divulgar su información

médica para fines de comercialización. Tampoco podemos vender su información médica sin su autorización. No podemos usar ni divulgar notas de psicoterapia.

Puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que su médico haya actuado o su práctica médica se haya llevado adelante en función del uso o divulgación indicados en la autorización.

## SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

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

**Derecho a inspección y copia:** Tiene derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información médica, excepto las notas de psicoterapia. Debe presentar su solicitud por escrito a la Health Information Management (Administración de Información Médica). Si solicita una copia de la información, podemos cobrar los gastos de copia, envío u otros suministros asociados con su solicitud. En ciertas circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y obtener una copia. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise dicho rechazo. Otro profesional de atención médica matriculado a elección de PSH revisará su solicitud y el rechazo. La persona que realice la revisión NO será la persona que rechazó su solicitud.

**Derecho a modificación:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que agreguemos datos o refutemos la información. Su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a la Health Information Management. Asimismo, debe incluir un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud si no se hace por escrito o si no se incluye un motivo que la respalde. Asimismo, podemos rechazar su solicitud si nos pide que agreguemos o refutemos información que:

- *No hayamos creado nosotros, a menos que la persona o entidad que haya creado la información ya no esté disponible para hacer la modificación.*
- *No forme parte de la información médica conservada por PSH o para PSH.*
- *No forme parte de la información que usted tiene permitido inspeccionar y obtener.*
- *Sea precisa y esté completa.*

**Derecho a un registro de divulgaciones:** Tiene derecho de solicitar un “registro de divulgaciones”. Este registro es una lista de divulgaciones que hacemos de la información médica sobre usted a organizaciones o personas externas a PSH. La lista no incluirá divulgaciones que le hagamos a usted, divulgaciones hechas para fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones ni divulgaciones autorizadas por usted.

Para solicitar esta lista o registro de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad. Su solicitud debe indicar un período de las divulgaciones que se incluirán, hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. La primera lista que solicite en un período de doce meses será gratuita. Para ver listas adicionales, podríamos cobrarle el costo que implique la entrega de la lista. Le notificaremos este costo y usted puede elegir retirar o modificar la solicitud en ese momento, antes de realizar algún gasto.

**Derecho de recibir aviso de una violación:** Le notificaremos si ha ocurrido alguna violación a la privacidad de cualquier parte de su información médica.

**Derecho de solicitar restricciones:** Tiene derecho de solicitar restricciones o limitaciones a la información médica que usemos o divulguemos sobre usted para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que solicite que no divulguemos su información médica a su plan de salud con respecto a la atención médica que ha pagado a PSH de su bolsillo, en su totalidad. Para solicitar restricciones de divulgación a su plan de salud, debe hacer su solicitud al personal de registro en el momento de recibir el servicio. Para solicitar todas las demás restricciones, debe hacer su solicitud por escrito ante la Oficina de Privacidad. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea que limitemos el uso, la divulgación o ambos y (3) a quién desea que se apliquen los límites.

**Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Es nuestra obligación aceptar su solicitud siempre que podamos hacerlo fácilmente en el formato que solicitó.

**Derecho de recibir este Aviso por correo electrónico:** Tiene el derecho de recibir una copia de este Aviso por correo electrónico. Aunque haya acordado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene derecho de solicitar una copia impresa. (Tenga en cuenta lo siguiente: Si está interesado en comunicarse con su médico de PSH por correo electrónico, debe leer “A Patient’s Guide to Electronic Mail” [Guía de correos electrónicos para el paciente], disponible en nuestro sitio web y en nuestros centros de atención).

Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web, <http://hmc.pennstatehealth.org/privacy>, o puede comunicarse por escrito con la siguiente oficina:

Privacy Office  
P.O. Box 850, MC A150  
Hershey, PA 17033

**MODIFICACIONES A ESTE AVISO:**  
**Nos reservamos el derecho de hacer modificaciones a este Aviso:** Nos reservamos el derecho de aplicar el Aviso revisado o modificado a la información médica

que ya tengamos sobre usted, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso vigente en PSH. El Aviso incluirá la fecha de entrada en vigor en la primera página.

## QUEJAS:

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante PSH o ante la Secretaría del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales). No sufrirá represalias por parte de PSH por presentar una queja. Para presentar una queja ante PSH, debe comunicarse con la siguiente oficina:

Privacy Office  
P.O. Box 850, MC A150  
Hershey, PA 17033  
Teléfono: (717) 531-2081

## OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Otros usos y divulgaciones de la información médica que no estén cubiertos en este Aviso o en las leyes que se aplican a nosotros solo se realizarán con su permiso por escrito. Si nos da su permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocarlo por escrito en cualquier momento. Usted comprende que no podemos retractar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso y que estamos obligados a conservar los expedientes de la atención que le hayamos brindado.

\*El Código de Pensilvania requiere su autorización por escrito para que la información médica protegida pueda divulgarse fuera del hospital. Debido a que este requisito tiene prioridad con respecto a los requisitos en virtud de la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud o HIPAA, por sus siglas en inglés), se le solicitará que firme una autorización cuando se registre para recibir servicios hospitalarios o ambulatorios, o cuando realice visitas a la sala de emergencias, lo cual nos permitirá enviar información a su compañía de seguro médico. Esta declaración se incluye en los formularios de consentimiento de tratamiento y asignación de beneficios.



**PennState Health**