



AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

SALUD REGIONAL DE NEWMAN, SOCIOS MÉDICOS DE SALUD REGIONAL DE NEWMAN, HOSPICE, FISIOTERAPIA DE NEWMAN, BIENESTAR COMUNITARIO Y MIEMBROS DEL DISPOSITIVO DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADO DE NEWMAN REGIONAL HEALTH

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene preguntas sobre este aviso o desea más información, comuníquese con:

Sheri Rawlings
Oficial de Seguridad y Privacidad
1201 West 12th
Emporia, Kansas 66801
620-343-6800 extensión 21134
srawlings@newmanrh.org
www.newmanrh.org

La fecha de vigencia de este aviso revisado es el 1 de febrero de 2025.

Este aviso se aplica a todos los segmentos de Newman Regional Health, Newman Regional Health Medical Partners (Socios Médicos), Hand in Hand Hospice, Newman Physical Therapy (Fisioterapia), NRH Community Wellness Programs (Bienestar Comunitario) y todos los miembros del Acuerdo de Atención Médica Organizada de NRH (en conjunto, "NRH"). El Acuerdo de Atención Médica Organizada abarca a todos los miembros de la Comunidad Médica del Condado de Lyon que ejercen o atienden a pacientes en Newman Regional Health. Su médico personal u otros proveedores de atención médica pueden tener diferentes políticas de privacidad o avisos con respecto al uso y la divulgación por parte de ese médico o proveedor de información creada o mantenida fuera de NRH.

Cuando recibe servicios de NRH, obtenemos cierta información de usted o sobre usted. Esta información se relaciona principalmente con su atención médica o el pago de su atención médica. Usaremos y divulgaremos esta información y otra información que recopilemos de las maneras que se describen a continuación.

Podemos usar y divulgar su información médica para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica:

- **Tratamiento.** Podemos usar y divulgar su información dentro de nuestras instalaciones para brindarle tratamiento y servicios médicos. Su información también puede divulgarse a proveedores e instalaciones externas que le brinden atención. Estos proveedores e instalaciones necesitan su información para coordinar y brindarle servicios. Por ejemplo, su información puede comunicarse entre nuestro personal de enfermería para brindarle servicios como paciente

internado. La información también puede divulgarse a su médico de cabecera para coordinar la atención después del alta.

- **Pago.** Podemos utilizar y divulgar su información para recibir el pago por los servicios y tratamientos que le brindamos. Utilizamos su información para crear una factura y divulgamos su información cuando enviamos la factura a su compañía de seguros, a usted o a una Tercera parte. La persona o entidad que paga la factura puede solicitar más información para determinar si la factura está cubierta por su seguro. Por ejemplo, podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener la aprobación del pago o para determinar si su plan de salud cubrirá el tratamiento.
- **Operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar su información para fines de operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, evaluación del desempeño o las calificaciones de los profesionales y proveedores, revisión médica, servicios legales, funciones de auditoría, planificación empresarial y otras actividades administrativas y de gestión empresarial. Por ejemplo, su información puede utilizarse para gestionar su tratamiento y sus servicios.
- **Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar su información para recordarle una próxima cita para recibir servicios. También podemos dejar un mensaje recordatorio en su contestador automático o sistema de correo de voz.
- **Alternativas de tratamiento.** Podemos brindarle información sobre alternativas de tratamiento y otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

También podemos divulgar su información médica a entidades externas sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

- **Requerido por ley.** Divulgamos información según lo exige la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar a la policía sobre heridas de bala. También estamos obligados a proporcionar información al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para demostrar nuestro cumplimiento de la HIPAA.
- **Fines de salud pública.** Divulgamos información a agencias de salud según lo exige la ley para prevenir o controlar enfermedades. Algunos ejemplos son la notificación de enfermedades de transmisión sexual, contagiosas e infecciosas.
- **Para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos revelar información sobre usted a las autoridades policiales o a una víctima identificada para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otra persona o del público.
- **Investigación.** Su información puede ser utilizada o divulgada a investigadores para investigaciones aprobadas por una junta de privacidad o una junta de revisión institucional.
- **Actividades de Supervisión de la Salud.** Su información médica puede ser divulgada a agencias y juntas gubernamentales para fines de investigaciones, auditorías, licencias y cumplimiento.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos.** Es posible que estemos obligados a revelar su información médica a un tribunal o para un procedimiento administrativo.

- **Actividades de aplicación de la ley.** Es posible que estemos obligados a divulgar su información según lo exija la ley, de conformidad con una orden judicial, una orden judicial, una citación o un requerimiento.
- **Individuo fallecido.** Podemos revelar información para la identificación de un cuerpo o para determinar la causa de muerte.
- **Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información sobre usted según lo requieran las autoridades del mando militar. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Presos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esta liberación debe ser necesaria (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad de la institución correccional.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órganos o tejidos.
- **Compensación laboral.** Podemos divulgar información médica sobre usted para compensación laboral o programas similares,
- **Funciones gubernamentales especializadas** Podremos divulgar información sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Le daremos la oportunidad de oponerse a los siguientes usos y divulgaciones de su información. Si no está presente o no puede comunicar su preferencia, podremos utilizar y divulgar su información para estos fines si creemos, según nuestro criterio profesional, que es lo mejor para usted:

- **Personas involucradas en el cuidado.** Podemos compartir con sus amigos, familiares u otras personas involucradas en su atención información que sea relevante para su participación en su atención.
- **Ayuda en caso de desastre.** Podemos divulgar información sobre usted a agencias públicas o privadas para fines de notificación y socorro en caso de desastre.
- **Directorio de instalaciones.** Podemos divulgar información sobre usted como parte de nuestro directorio de instalaciones. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el hospital y su afiliación religiosa. Al momento de su admisión, se le brindará la oportunidad de optar por ser incluido en el directorio.
- **Recaudación de fondos.** Podemos usar y divulgar información sobre usted para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos para nuestras instalaciones y sus operaciones. Podemos divulgar información a la Fundación Comunitaria de Emporia relacionada con las instalaciones para que la Fundación Comunitaria de Emporia pueda comunicarse con usted para recaudar fondos para las instalaciones. Si no desea que la Fundación se comunique con usted para

recaudar fondos, debe notificar al Director Ejecutivo de la Fundación Comunitaria de Emporia por escrito.

Salvo lo dispuesto anteriormente, solicitaremos su autorización por escrito antes de divulgar su información para cualquier otro fin. En concreto, se requiere autorización por escrito antes de divulgar su información:

- **Notas de psicoterapia.** No utilizaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia sin una autorización por escrito, excepto según lo permita específicamente la ley.
- **Publicidad.** No utilizaremos ni divulgaremos su información con fines comerciales sin su autorización. Podemos comunicarnos con usted por correo postal, correo electrónico, mensajes de texto y comunicaciones personales. Podemos utilizar sus respuestas a las comunicaciones, sin atribución, con fines comerciales o educativos.
- **Venta de Información** .No venderemos su PHI sin su autorización por escrito, incluida la notificación del pago que recibiremos.

Cuando se realiza una divulgación con su autorización por escrito, usted tiene derecho a revocar la autorización en cualquier momento. La revocación de una autorización debe realizarse por escrito. La revocación entra en vigencia a partir de la fecha en que la proporciona a NRH y no afecta ninguna divulgación previa realizada con la autorización.

Si una ley estatal o federal proporciona restricciones o protecciones adicionales a su información, cumpliremos con el requisito más estricto.

Sus derechos

- Tiene derecho a solicitar una restricción sobre cómo se utiliza y divulga su información. Si desea solicitar una restricción del uso o divulgación de su información, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al número que figura al principio de este formulario. Estamos obligados a aceptar una solicitud de restricción relacionada con la divulgación de información a su plan de salud para pagos u operaciones de atención médica en las que usted paga el servicio en su totalidad. De ninguna otra manera estamos obligados a aceptar ninguna restricción sobre el uso o divulgación de su información.
- Tiene derecho a solicitar que las comunicaciones con usted se realicen en una dirección o número de teléfono alternativo. Para solicitar que la comunicación se realice en una dirección o número de teléfono diferente, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al número que figura al principio de este formulario. Cumpliremos con una solicitud razonable. Aunque podemos pedirle una aclaración sobre su solicitud, no le exigiremos que revele el motivo de su solicitud.
- Tiene derecho a inspeccionar y copiar su historial médico. Para inspeccionar y copiar su historial médico, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al número que aparece al principio de este formulario. Existen situaciones limitadas en las que podemos rechazar su solicitud.
- Si considera que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que modifiquemos su historial médico. Para solicitar una modificación de su historial

médico, comuníquese con nuestro Responsable de Privacidad al número que aparece al principio de este formulario. Existen situaciones en las que podemos rechazar su solicitud.

- Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información realizadas en los seis (6) años anteriores a su solicitud. Existen divulgaciones limitadas que no es necesario incluir en un informe. Puede recibir un (1) informe gratuito durante un período de doce (12) meses. Si solicita más de un (1) informe en un período de doce (12) meses, se le cobrará una tarifa.
- Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este Aviso.

Sus derechos con respecto al intercambio electrónico de información sanitaria

- Newman Regional Health participa en el intercambio electrónico de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés). Esta tecnología permite que un proveedor o un plan de salud realice una única solicitud a través de una organización de información de salud (HIO, por sus siglas en inglés) para obtener registros electrónicos de un paciente específico de otros participantes del HIE con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Las HIO deben utilizar las medidas de seguridad adecuadas para evitar usos y divulgaciones no autorizados.
- Tiene dos opciones con respecto a la HIE. En primer lugar, puede permitir que personas autorizadas accedan a su información médica electrónica a través de una HIO. Si elige esta opción, no tiene que hacer nada.
- En segundo lugar, puede restringir el acceso a toda su información a través de una HIO (excepto cuando lo exija la ley). Si desea restringir el acceso, debe enviar la información requerida en línea en <http://www.KanHIT.org> o completando y enviando un formulario por correo postal. Este formulario está disponible en <http://www.KanHIT.org>. No puede restringir el acceso a cierta información únicamente; su elección es permitir o restringir el acceso a toda su información.
- Si tiene preguntas sobre HIE o HIO, visite <http://www.KanHIT.org> para obtener información adicional.
- Si recibe servicios de atención médica en un estado que no sea Kansas, pueden aplicarse diferentes normas con respecto a las restricciones de acceso a su información médica electrónica. Comuníquese directamente con su proveedor de atención médica fuera del estado para consultar sobre dichas normas.

Nuestros deberes

- La ley nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida y proporcionar a las personas este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica.
- Estamos obligados a notificarle si se produce una violación de su información médica protegida no segura.
- Estamos obligados a cumplir los términos del Aviso actual.

Podemos cambiar los términos de este Aviso y el Aviso revisado se aplicará a toda la información de salud que tengamos en ese momento. Si revisamos este Aviso, se publicará una copia del Aviso revisado



y se podrá solicitar una copia a nuestro Oficial de Privacidad al número que aparece al comienzo de este formulario.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el NRH o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante el NRH, comuníquese con el Oficial de Privacidad al número que figura en la página uno.

Para presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, consulte: www.hhs.gov/ocr.

No será penalizado por presentar una queja.