

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE PODRÍA USARSE Y REVELARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED. LÉALO DETENIDAMENTE.

### **NUESTRO COMPROMISO A PROTEGER SU PRIVACIDAD**

Los miembros de University HealthCare Alliance UHA (el “Centro Médico”, para los fines de este Aviso) sabemos que la información médica sobre usted es personal, y estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información que elaboremos o recibamos de usted. La información médica que le identifique (“información médica protegida” o “información médica”) abarca su expediente médico y otros datos relacionados con su atención o el pago de la atención.

Estamos obligados por ley a:

- Asegurarnos de mantener la privacidad de su información médica;
- Entregarle este aviso acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Cumplir con los términos del aviso vigente.

### **QUIÉNES CUMPLIRÁN CON ESTE AVISO**

A continuación se indican las personas o entidades que comparten el compromiso del Centro Médico a proteger su privacidad y que cumplirán con este aviso:

- Cualquier profesional de la salud autorizado para actualizar o crear información médica sobre usted;
- Todos los departamentos y unidades del Centro Médico;
- Todos los empleados, voluntarios, aprendices, estudiantes, contratistas y profesionales del Centro Médico; y
- Todas las entidades, locales y centros afiliados.

### **CÓMO PODRÍAMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podríamos usar y revelar su información médica. Para respetar su privacidad, intentaremos limitar la cantidad de información que usemos o revelemos al mínimo que sea necesario para lograr el propósito del uso o revelación. No se mencionarán todos los usos o revelaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permita usar y revelar información pertenecerán a una de las siguientes categorías, sin importar el método de uso o revelación. Los usos o revelaciones de información podrían hacerse en medios impresos, mediante sistemas o expedientes médicos electrónicos u otros medios electrónicos, p. ej., a través de intercambios de información médica.

En este Aviso, el término “Usted” significa un paciente del Centro Médico o su representante personal (si corresponde). Un representante personal es toda persona autorizada para actuar en nombre del paciente con respecto a su atención médica. Un representante personal podría ser, por ejemplo: el padre/madre o tutor de un menor de edad (a menos que dicho menor tenga la autoridad para actuar en su propio nombre según las leyes de California); el tutor o curador de un paciente adulto, o la persona autorizada para actuar en nombre de un paciente fallecido.

#### PARA FINES DE TRATAMIENTO:

Podríamos usar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podríamos usar y compartir información médica sobre usted con médicos, residentes, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otros miembros del personal del Centro Médico que participen en su atención. Por ejemplo, un médico que le administre tratamiento para una fractura de pierna deberá saber si usted tiene diabetes, ya que esta puede retardar el proceso de curación. Diferentes departamentos del Centro Médico —como programación, farmacia, laboratorio y rayos X— podrán compartir su información médica para coordinar los servicios que usted necesite.

Podríamos revelar su información médica a proveedores no afiliados con el Centro Médico, para facilitar la atención que le presten. Por ejemplo, podríamos revelar su información médica a médicos especialistas a fin de coordinar su atención. Además, podríamos proporcionar acceso a su información médica a entidades y centros afiliados —p. ej., a un grupo de proveedores afiliados— a fin de coordinar la atención.

El intercambio electrónico de información médica ayuda a garantizar la buena calidad y la coordinación de la atención. El Centro Médico podría participar en intercambios de información médica protegida que permitan el acceso a su información médica a proveedores externos que la necesiten para darle tratamiento.

#### PARA FINES DE PAGO:

Podríamos usar y revelar su información médica para facturar y recibir pagos por los servicios de atención médica que usted reciba de nosotros u otras entidades. Esto incluye usos y revelaciones de información médica para recibir el pago por parte de su compañía de seguro, HMO u otra entidad (pagador) encargada del pago parcial o total de su atención médica o para verificar que su pagador efectivamente la cubrirá. Podríamos también informar a su pagador sobre un tratamiento que usted vaya a recibir, para obtener preautorización de la cobertura o para determinar si su plan efectivamente cubrirá el tratamiento. Hay servicios en los que se exige obtener su permiso para revelar información médica; en esos casos, le pediremos su permiso.

#### PARA ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA:

Podríamos usar y revelar información médica a efectos de actividades relacionadas con la atención médica. Esto incluye las funciones necesarias para administrar el Centro Médico o garantizar que todos los pacientes reciban una atención de calidad, e incluye muchas funciones de apoyo, entre ellas, la programación de citas y procedimientos. También podríamos compartir su información con profesionales de la salud afiliados, para que puedan realizar ciertas operaciones comerciales conjuntamente con el Centro Médico. Por ejemplo, podríamos usar información médica para revisar nuestros tratamientos y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal al prestarle esos servicios. Podríamos combinar información médica de muchos de nuestros pacientes para tomar decisiones sobre los servicios adicionales que deba ofrecer el Centro Médico o los que no sean necesarios, y sobre la eficacia de ciertos nuevos tratamientos. Podríamos compartir información con médicos, residentes, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina, personal administrativo y otro personal para fines educativos y de garantía de calidad. También podríamos comparar la información médica que tengamos con la de otros hospitales o centros médicos con el fin de estudiar los aspectos que podamos mejorar en cuanto a nuestra atención y servicios.

### SOCIOS COMERCIALES:

El Centro Médico contrata a entidades externas que nos prestan servicios comerciales, entre ellas, empresas de facturación, consultores de gestión, revisores de garantía de calidad, contadores o abogados. En ciertas circunstancias podríamos vernos obligados a compartir su información médica con un socio comercial para que este pueda realizar algún servicio en nuestro nombre. Estableceremos con el socio comercial un contrato por escrito donde se exija proteger la privacidad y seguridad de su información médica.

### RECORDATORIOS DE CITAS Y OTRAS COMUNICACIONES

Podríamos usar y revelar su información de contacto para enviarle recordatorios de sus citas de atención en el Centro Médico. Nos comunicaremos con usted mediante los datos que nos proporcione (p. ej., número de teléfono y dirección de correo electrónico). A menos que usted nos notifique lo contrario, podríamos usar la información de contacto que nos haya dado para comunicar información general sobre su atención, p. ej., el lugar, departamento, fecha y hora de una cita.

### OPCIONES Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:

Podríamos usar y revelar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan interesarle.

### BENEFICIOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD:

Podríamos usar y revelar información médica para informarle de beneficios o servicios de salud que puedan interesarle.

### PERSONAS QUE PARTICIPEN EN SU ATENCIÓN:

También podríamos revelar información médica sobre usted a un amigo o familiar que participe en su atención. Podríamos también dar información a alguien que ayude a pagar su atención. A menos que usted nos haya pedido por escrito específicamente lo contrario, también podríamos informar sobre su ubicación y cuadro clínico general a sus familiares, representante personal u otra persona responsable de sus cuidados. Esto no se aplica a los pacientes que estén recibiendo tratamiento por determinadas afecciones, como abuso de sustancias o alcohol. Además, podríamos revelar información médica sobre usted a una organización de ayuda en situaciones de catástrofes, como la Cruz Roja, para que se pueda notificar a sus familiares sobre sus circunstancias, estatus y ubicación.

### ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS:

De conformidad con las leyes estatales y federales aplicables, podríamos proporcionar información limitada —como su información de contacto, nombre de proveedores y fechas de atención— a Lucile Packard Foundation for Children's Health o a la Oficina de Desarrollo Médico (*Office of Medical Development*) de Stanford University, para actividades de recaudación de fondos destinadas al avance de la atención y las investigaciones en nombre del Centro Médico.

### INVESTIGACIONES:

Ocasionalmente, el Centro Médico participa en estudios que podrían relacionarse con su atención actual o con revisiones de sus antecedentes médicos. Por ejemplo, puede que haya un estudio sobre algún procedimiento experimental para tratar un trastorno, o para comparar la salud y recuperación entre pacientes que hayan recibido diferentes medicamentos para el mismo trastorno. Por lo general, solicitamos su autorización por escrito antes de usar su información

médica o compartirla con terceros para realizar investigaciones. En circunstancias limitadas, podríamos usar y revelar su información médica sin su autorización; en la mayoría de estas situaciones, tendremos la obligación de obtener la aprobación a través de un proceso de revisión independiente para asegurarnos de que la investigación realizada sin su autorización represente un riesgo mínimo para su privacidad. Los investigadores también podrían contactarle para ver si usted es elegible para un estudio o si le interesa participar.

#### **PARA EVITAR AMENAZAS GRAVES A LA SALUD O SEGURIDAD:**

Podríamos usar y revelar determinada información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para la salud y seguridad (suya o de terceros). Sin embargo, dicha revelación se hará únicamente a personas o entidades que puedan ayudar a prevenir la amenaza (como organismos policiales) o a posibles víctimas. Por ejemplo, puede que tengamos que revelar información a la policía si un paciente revela haber participado en un crimen violento.

#### **SITUACIONES ESPECIALES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

##### **INDEMNIZACIÓN LABORAL:**

Podríamos revelar información médica sobre usted para la tramitación de seguros de indemnización por accidentes laborales o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por enfermedades o accidentes relacionados con el trabajo.

##### **ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA:**

Podríamos revelar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Algunas de estas actividades son, entre otras:

- ◆ Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- ◆ Notificar nacimientos y defunciones;
- ◆ Notificar el maltrato o abandono de niños, ancianos y adultos dependientes;
- ◆ Notificar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- ◆ Notificarle el retiro del mercado de productos que usted pueda estar usando;
- ◆ Notificar a una persona el hecho de que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o que podría estar en riesgo de contraer o propagar una afección o enfermedad;
- ◆ Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que usted ha sido víctima de maltrato, abandono o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación cuando lo exija o lo permita la ley; y
- ◆ Notificar a los registros estatales correspondientes, como el Centro de Prevención de Cáncer en California (*Cancer Prevention Institute of California*) o la Autoridad de Servicios Médicos de Emergencia de California (*California Emergency Medical Services Authority*), cuando usted solicite tratamiento en el Centro Médico para determinadas enfermedades o afecciones.

##### **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD:**

Podríamos revelar información médica a un organismo de supervisión de la atención médica, como el Departamento de Servicios de Salud de California (*California Department of Health Services*) o el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (*Center for Medicare and Medicaid Services*), para hacer actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión abarcan auditorías, averiguaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

### DEMANDAS Y LITIGIOS:

Si usted está involucrado/a en una demanda o litigio, podríamos revelar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podríamos revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento legalmente ejecutable u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en el litigio.

### ORGANISMOS POLICIALES:

Podríamos revelar información médica a solicitud de los funcionarios policiales en las siguientes circunstancias limitadas:

- ◆ En respuesta a un mandato u orden judicial, citación, convocación o proceso similar;
- ◆ Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida;
- ◆ Sobre la víctima de un delito/crimen si, en ciertas circunstancias limitadas, la víctima no puede dar su consentimiento;
- ◆ Sobre una muerte que creamos que pueda haberse debido a una conducta criminal;
- ◆ Sobre una conducta criminal en el Centro Médico; y
- ◆ En circunstancias de emergencia para notificar un crimen/delito; la ubicación del suceso o de sus víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que lo cometió.

### PESQUISIDORES O MÉDICOS FORENSES Y AGENTES FUNERARIOS:

Podríamos revelar información médica a un pesquisidor o un médico forense. Esto podría ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podríamos revelar información médica sobre pacientes del Centro Médico a agentes funerarios, según lo requieran para desempeñar sus funciones en relación con los difuntos.

### DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:

Podríamos revelar información médica a organizaciones que se ocupan de la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, según sea necesario para facilitar tal trasplante o donación. Para que pueda efectuarse una donación, la organización encargada de la obtención o trasplante deberá contar con su autorización.

### MILITARES Y VETERANOS:

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podríamos revelar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades del comando militar. También podríamos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las correspondientes autoridades militares extranjeras.

### ACTIVIDADES DE SEGURIDAD NACIONAL E INTELIGENCIA:

Al recibir la correspondiente solicitud, podríamos revelar información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia y contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. Solo proporcionaremos esta información después de que el encargado de privacidad haya validado la solicitud y revisado y aprobado nuestra respuesta.

### RECLUSOS:

Si usted está preso en una penitenciaría o está bajo la custodia de un funcionario policial, podríamos revelar información médica sobre usted a la penitenciaría o funcionario policial. Esta revelación sería necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger

su salud y seguridad (o las de otras personas), o para la seguridad y protección de la penitenciaría.

**OTROS USOS O REVELACIONES EXIGIDOS POR LA LEY:**

Revelaremos también información médica sobre usted cuando así lo exijan leyes federales, estatales o locales que no estén específicamente mencionadas en este Aviso.

**SITUACIONES QUE NOS EXIGEN OBTENER SU AUTORIZACIÓN**

Para usos y revelaciones no descritos anteriormente, tendremos primero que obtener su autorización. Por ejemplo, los siguientes usos y revelaciones solo se realizarán con su autorización:

- ◆ usos y revelaciones con fines de *marketing*;
- ◆ usos y revelaciones que constituyan la venta de la información médica protegida;
- ◆ la mayoría de los usos y revelaciones de notas de psicoterapia; y
- ◆ otros usos y revelaciones no descritos en este aviso.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que tengamos sobre usted:

**DERECHO A INSPECCIONAR Y OBTENER UNA COPIA DE SU EXPEDIENTE MÉDICO:**

Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia impresa o electrónica de la información médica que podría usarse para tomar decisiones sobre su atención. Generalmente, esto incluye sus expedientes médicos y de facturación, pero no incluiría determinada información de salud mental. Nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa para cubrir el costo de proporcionarle sus expedientes.

**DERECHO A SOLICITAR CORRECCIONES/ADENDAS EN SU EXPEDIENTE MÉDICO:**

Para introducir correcciones/adendas habrá que presentar la correspondiente solicitud por escrito ante el Departamento de Servicios de Gestión de Información Médica (*Health Information Management Services Department*).

- ✓ Correcciones: Si usted cree que los expedientes del Centro Médico contienen información médica incorrecta o incompleta sobre usted, podrá pedirnos que la corrijamos. Podríamos denegar su solicitud si su información médica está exacta y completa, o si no fue creada por el Centro Médico; sin embargo, si llegamos a denegar cualquier parte de su solicitud, le daremos un aviso por escrito explicándole los motivos.
- ✓ Adendas: Incluso si se deniega la corrección, un paciente adulto del Centro Médico que crea que su expediente médico contiene un ítem o afirmación incorrectos o incompletos, tendrá el derecho a proporcionar al Centro Médico una adenda por escrito para incorporarla a su expediente.

#### DERECHO A OBTENER UN INFORME DE LAS REVELACIONES:

Usted tiene el derecho a solicitar un “informe de las revelaciones”, que consiste en una lista de las maneras en que hemos compartido su información médica con terceros después del 14 de abril de 2003 para fines ajenos a actividades de tratamiento, pago y salud, y para ciertos otros fines de conformidad con la ley. Usted podrá solicitar un informe de las revelaciones hechas hasta 6 años antes de la fecha de su solicitud. Si solicita un informe más de una vez durante un período de 12 años, le cobraremos una tarifa razonable.

#### DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES:

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos o revelaciones de su información médica. Por ejemplo, podrá solicitar que no revelemos información sobre un procedimiento que le hayan hecho. Las solicitudes de restricciones deben hacerse por escrito en los correspondientes formularios que se encuentran en las zonas de registro. En la mayoría de los casos no estaremos obligados a aceptar su solicitud de restricción. En caso de que sí estemos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para administrarle un tratamiento de emergencia o de cumplir con la ley. Si no podemos satisfacer su solicitud, le daremos una notificación por escrito donde se expliquen los motivos.

Tenemos la obligación legal de aceptar ciertas solicitudes de no revelar información médica a su plan de salud para la tramitación de pagos o actividades relacionadas con la atención médica, siempre que usted haya pagado de su bolsillo el servicio en cuestión, anticipadamente y en su totalidad. Si el servicio o ítem es parte de un conjunto de servicios relacionados y usted desea restringir las revelaciones sobre el conjunto de servicios, tendrá que pagar el monto total de todos los servicios relacionados. Para que podamos satisfacer plenamente su solicitud, notifíquese a la persona encargada de la programación. Cumpliremos con la solicitud a menos que la ley exija lo contrario.

#### DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES:

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de determinadas maneras o en determinados lugares. Por ejemplo, podrá solicitar que lo/a contactemos en su trabajo y no en su casa. No le preguntaremos el motivo de su solicitud y haremos todo lo posible por satisfacer todas las solicitudes razonables. Las solicitudes deben hacerse por escrito (los correspondientes formularios se encuentran en las zonas de registro del centro médico).

#### DERECHO A OPTAR POR NO RECIBIR COMUNICACIONES SOBRE RECAUDACIÓN DE FONDOS

Como parte de las actividades de recaudación de fondos, Lucile Packard Foundation for Children's Health o la Oficina de Desarrollo Médico de Stanford University podrían contactarle para informarle sobre oportunidades de donación para el Centro Médico. Usted tiene derecho a optar por no recibir las comunicaciones de recaudación de fondos. Las comunicaciones sobre recaudación de fondos incluirán explicaciones sobre cómo optar por no recibir más comunicaciones de ese tipo en el futuro.

#### DERECHO A RECIBIR NOTIFICACIÓN DE UNA VIOLACIÓN DE SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA:

El Centro Médico se compromete a salvaguardar su información médica, y trabaja de manera proactiva para evitar que ocurran violaciones de seguridad de dicha información. Si ocurriese

una violación de seguridad de información médica que no estuviese protegida, se lo notificaremos en conformidad con las leyes estatales y federales aplicables.

**DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO, PREVIA SOLICITUD:**

Usted tiene el derecho a recibir una copia de este Aviso (busque estas copias en las zonas de registro).

**OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Otros usos y revelaciones de información médica que no estén incluidos en este Aviso o en las leyes que debemos acatar se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si usted nos da su autorización para usar o revelar información médica sobre usted, podrá revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier *momento*. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni revelaremos más la información médica sobre usted para las actividades incluidas en la autorización, salvo si ya hubiéramos actuado *en virtud* de su permiso. No podremos retirar revelaciones que ya hayamos hecho con su autorización y que tengamos la obligación de conservar en nuestros expedientes de la atención que le proporcionamos a usted.

**SOLICITUD DE COPIA DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Para obtener información sobre cómo solicitar una copia de sus expedientes médicos o de facturación, recibir un informe de las revelaciones o introducir correcciones o adendas en su información médica, diríjase y/o envíe el formulario llenado al:

1. Departamento de gestión de información médica (*Health Information Management Department*)
2. University HealthCare Alliance  
Director of Health Information Management  
7999 Gateway Blvd., Suite 200  
Newark, CA 94560  
Teléfono: 510-974-8224  
Correo Electronico: UHAHealthInfoMgmt@Stanfordhealthcare.org

**COMENTARIOS O QUEJAS**

Agradecemos sus comentarios sobre nuestro Aviso y nuestras prácticas de privacidad. Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, podrá presentar una queja a:

University HealthCare Alliance  
Executive Director of Compliance  
7999 Gateway Blvd., Suite 200  
Newark, CA 94560  
Teléfono: 510-806-3228  
Correo Electronico: UHA\_Privacy@Stanfordhealthcare.org

o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, a la siguiente dirección:  
Secretary of the Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W.,  
Washington, D.C. 20201

**Tenga la seguridad de que nadie tomará represalias ni medidas contra usted por presentar una queja.**



## **MODIFICACIONES A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y actualizar este Aviso de manera correspondiente. Nos reservamos el derecho de que el Aviso modificado o cambiado se aplique a la información médica que ya tengamos sobre usted, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicamos copias del Aviso actual en el Centro Médico y en nuestros sitios de Internet. Si se modifica el Aviso, publicaremos el nuevo Aviso en nuestras zonas de registro y se lo proporcionaremos cuando así lo solicite. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página.

**SI TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE ESTE AVISO, LLAME A LA LINEA DIRECTA DE UHA 855-454-9246**

University HealthCare Alliance (“UHA”) es una fundación médica afiliada a Stanford Health Care y Stanford Medicine. UHA contrata a varios grupos médicos para proporcionar atención médica en las clínicas de UHA. Ni UHA ni Stanford Health Care ni Stanford University emplean a los médicos de las clínicas ni ejercen control sobre los servicios profesionales proporcionados por los grupos médicos