

## Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

### Sus Derechos

#### Tiene derecho a:

- Obtener una copia de su registro en papel o electrónico
- Corregir su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar una comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

► **Ver página 2** para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos

### Sus Opciones

#### Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información:

- Informemos a su familia y amigos sobre su enfermedad
- Proporcionemos ayuda en caso de catástrofe
- Le incluyamos en un directorio de hospitales
- Prestemos atención a la salud mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Recaudemos fondos
- Salud Reproductiva

► **Ver página 3** Para obtener más información sobre estas opciones y cómo ejercerlas

### Nuestros Usos y Divulgaciones

#### Podemos utilizar y compartir su información mientras:

- Le tratemos
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos sus servicios
- Ayudamos en cuestiones de seguridad y salud pública
- Investigamos
- Cumplimos la ley
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o un director de funeraria
- Atendemos las solicitudes de compensación para trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otras administraciones públicas
- Respondemos a demandas y acciones legales

► **Ver páginas 3 y 4** Para obtener más información sobre estos usos y divulgaciones

#### Obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y otra información médica que la Agencia tenga sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o un resumen de su información de salud y de reclamaciones, normalmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

#### Pedirnos que corrijamos su historial médico

- Puede pedirnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, el teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las peticiones razonables.

#### Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede pedirnos que **no** utilicemos o compartamos determinada información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si puede afectar a su atención.
- Si usted paga por un servicio o un artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información para fines de pago u operaciones con su asegurador de salud. Diremos que "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

#### Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede pedir una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información de salud por seis años antes de la fecha en que lo solicite, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relativas al tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra en un plazo de 12 meses.

#### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla por vía electrónica. Le proporcionaremos rápidamente una copia en papel.

#### Elegir a alguien para que actúe por usted

- Si usted ha otorgado a alguien un poder médico 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 tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

#### Presente una queja si considera que se han violado sus derechos

- Si piensa que hemos vulnerado sus derechos, puede presentar una queja poniéndose en contacto con nosotros usando la información en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Sus Opciones

**En el caso de determinados datos de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartamos información en caso de catástrofe
- Incluyamos su información en un directorio de hospital

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

**En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:**

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia
- Salud Reproductiva

**En el caso de la recaudación de fondos:**

- Podemos ponernos en contacto con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos de nuevo.

## Nuestros Usos y Divulgaciones

### ¿Cómo solemos utilizar o compartir su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

**Para Tratarle**

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

***Ejemplo:** Un médico que le trata por una lesión pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

**Dirigir nuestra organización**

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para manejar nuestra consulta, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

***Por ejemplo:** Utilizamos información de salud sobre usted para manejar su tratamiento y servicios.*

**Facture sus servicios**

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

***Por ejemplo:** Facilitamos información sobre usted a su seguro médico para que pague sus servicios.*

*continúa en la página siguiente*

**¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?** Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, normalmente en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

**Ayudamos en cuestiones de seguridad y salud pública**

- Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones como, por ejemplo:
  - Prevención de enfermedades
  - Ayudar a la retirada de productos
  - Reportar reacciones adversas a los medicamentos
  - Reportar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

**Investigar**

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación de salud.

**Cumplimos la ley**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

**Trabajar con un médico forense o un director de funeraria**

- Podemos compartir la información de salud con un forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona fallece.

**Atendemos las solicitudes de compensación para trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otras administraciones públicas**

- Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:
  - Para las reclamaciones de compensación para trabajadores
  - Para fines de aplicación de la ley o con un agente de la ley
  - Con los organismos de control de salud para las actividades autorizadas por la ley
  - Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## Nuestras Responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Comuníquenos por escrito si cambia de opinión.

Para más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## Cambios 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 petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

09/12/2024

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Theresa Bissonnette, Jefa de Cumplimiento y Calidad | 469.886.0419 | [Theresa.Bissonnette@espmgmt.com](mailto:Theresa.Bissonnette@espmgmt.com)

ATTENTION: If you speak English or American Sign Language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Please speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Por favor hable con su proveedor.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Provider.

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请与您的提供商联系。

注意：如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請與您的提供者聯絡。

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Hãy nói chuyện



Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntauv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Thov nrog koj tus kws kho mob tham.

ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Por favor, fale com seu provedor.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने प्रदाता से बात करें।

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Proszę porozmawiać ze swoim dostawcą.

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ توجہ دیں: براہ کرم اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔