



Notificación de Prácticas de Privacidad

**The University of Chicago Medical Center
(Centro Médico de la Universidad de Chicago)
The University of Chicago Biological Sciences Division
(División de Ciencias Biológicas de la Universidad de Chicago)
UCMC Regional Doctors Offices
(Consultorios de Médicos Regionales del UCMC)**

27 de mayo de 2007

Estimado Paciente,

Proteger la privacidad de su información médica es importante. A través de este folleto, nos complace informarle acerca de una ley federal diseñada para ayudar a proteger la privacidad de esa información. Esta ley promulgada recientemente es conocida como Normas de Privacidad HIPAA.

La ley de Normas de Privacidad nos exige darle una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad (“la Notificación”). Esta Notificación explica cómo utilizamos su información médica o acerca de su salud. La ley también nos exige pedirle que firme un formulario denominado Acuse de Recibo. Al firmar este formulario usted confirma que recibió la copia de la Notificación.

Esperamos que la Notificación de Prácticas de Privacidad le ayude a comprender cómo utilizamos y protegemos su información médica. Si tiene alguna pregunta acerca de esta Notificación o de nuestras Prácticas de Privacidad, llame con confianza a la Oficina del Programa HIPAA al (773) 834-9716.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Kerry C. DeMott". The signature is written in a cursive style and is positioned above a thin horizontal line.

Kerry C. DeMott

Jefe de Privacidad

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE LEERLA DETENIDAMENTE.

I. Quiénes somos

Esta Notificación describe las Prácticas de Privacidad del Organizado Health Care Arrangement (Arreglo Organizado de Asistencia Médica) u “OHCA”, de la Universidad de Chicago. Se aplica a los servicios de salud que usted recibe en las siguientes entidades:

(1) El University of Chicago Medical Center (Centro Médico de la Universidad de Chicago / UCMC): incluyendo su personal de enfermería, residentes, otros miembros del personal y voluntarios;

(2) La Biological Sciences Division (División de Ciencias Biológicas / BSD) de la Universidad de Chicago: incluyendo sus médicos, personal de enfermería, estudiantes, voluntarios y otros miembros del personal;

(3) Los Regional Doctor Offices (Consultorios de Médicos Regionales) del UCMC: incluyendo los listados en el Formulario de Acuse de Recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad del UCMC.

Nos referiremos colectivamente al UCMC, a la BSD y a los Regional Doctor Offices como “nosotros” o “nuestros”. **Compartiremos su información médica entre nosotros para fines de tratamiento, pagos y operaciones de asistencia médica.**

II. Nuestras Obligaciones de Privacidad

La ley nos exige mantener la privacidad de cierta información acerca de la salud denominada “**Información Médica Protegida**” (“**PHI**”). La Información Médica Protegida es la información que usted nos proporciona o creamos o recibimos acerca de su atención médica. La ley también nos exige proporcionarle esta Notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Cuando utilizamos o divulgamos (compartimos) su Información Médica Protegida, estamos obligados a cumplir los términos de esta Notificación o cualquier otra vigente al momento en que utilizamos o compartimos la PHI. Por último, la ley le otorga ciertos derechos descritos en esta Notificación.

III. Casos en que podemos utilizar y compartir su PHI sin su permiso escrito (autorización)

En muchos casos, podemos utilizar y compartir su PHI para actividades que son comunes en muchos hospitales y clínicas. En otros casos, que describiremos en la Sección IV de esta Notificación, debemos contar con su permiso escrito (autorización) para utilizar y/o compartir su PHI. No necesitamos ningún tipo de permiso de usted para los siguientes usos y divulgaciones:

A. Uso y divulgación para tratamiento, pagos y operaciones de asistencia médica. Podemos utilizar y compartir su PHI para proporcionar “tratamiento,” obtener “pago” por su tratamiento y realizar nuestras “operaciones de asistencia médica”. Estos tres términos se definen de la manera siguiente:

- Tratamiento. Utilizamos y compartimos su PHI para proporcionarle asistencia médica y otros servicios—por ejemplo, diagnosticar o tratar una lesión o enfermedad. Además, podemos contactarlo para recordarle alguna cita o informarle acerca de opciones de tratamiento. Podemos informarle acerca de nuestros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. Podemos asimismo compartir PHI con otros médicos, miembros del personal de enfermería y personas involucradas en su tratamiento.
- Pago. Podemos utilizar y compartir su PHI para recibir pago por servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, podemos compartir su PHI para solicitar pagos y recibir pagos de Medicare, Medicaid, su compañía de seguro médico, HMO u otra compañía o programa que hace los arreglos necesarios para pagar o paga el costo de algunos o todos de los servicios médicos que usted recibe (“**su pagador**”) y para confirmar que su pagador pagará los servicios médicos que usted recibió. También podemos compartir su PHI con la persona que usted identificó como responsable primario del pago de su tratamiento, como su cónyuge o uno de sus padres.
- Operaciones de asistencia médica. Podemos utilizar y compartir su PHI para nuestras operaciones de asistencia médica, entre las que se cuentan administración, planificación y actividades que mejoran la calidad y reducen el costo de la atención que proporcionamos. Por ejemplo, podemos utilizar PHI para verificar la calidad y capacidad de nuestros médicos, miembros del personal de enfermería y otros proveedores de servicios médicos. Como otro ejemplo, podemos compartir PHI con nuestro Coordinador de Relaciones con los Pacientes para resolver cualquier queja que pueda tener y asegurar que su visita a nuestras instalaciones le resulte cómoda.

Asimismo, podemos compartir PHI con algunas otras personas que nos ayudan con nuestras actividades, incluyendo las que contratamos para que presten servicios.

B. Sus otros proveedores de servicios médicos. También podemos compartir PHI con su médico y otros proveedores de servicios médicos cuando la necesiten para proporcionarle tratamiento, obtener pago por la atención que le proporcionan, realizar ciertas operaciones de asistencia médica, como verificar la calidad y capacidad de los profesionales del cuidado de la salud o el cumplimiento de estas personas con la ley.

C. Uso o divulgación para el Directorio de Pacientes in UCMC. Podemos incluir su nombre, ubicación en el hospital, estado general de su salud y afiliación religiosa en un directorio de pacientes sin recibir su permiso, *excepto* si nos dice que no desea que su información sea incluida en el directorio o *excepto* si usted está ubicado en un pabellón, ala o unidad específica que indicaría que está recibiendo tratamiento por una enfermedad mental o discapacidad del desarrollo, HIV/AIDS o abuso de sustancias tóxicas. La información en el directorio puede ser compartida con cualquier persona que pregunte por usted diciendo su nombre o con miembros del clero, no obstante, la afiliación religiosa sólo será compartida con miembros del clero.

D. Divulgación a parientes, amigos cercanos y a otras personas encargadas del cuidado de su salud. Podemos compartir su PHI con miembros de su familia/parientes, un amigo cercano u otra persona que usted identifique si nosotros (1) primero le damos la oportunidad de objetar de tal divulgación y usted no objeta, (2) inferimos que usted no objeta de la divulgación u (3) obtenemos su acuerdo de que compartamos su PHI con estas personas. Si usted no está presente al momento en que compartimos su PHI o no le es posible aceptar o rechazar nuestro compartimiento de su PHI porque no está en capacidad de hacerlo o se trata de una situación de emergencia, podemos utilizar nuestro juicio profesional para decidir que compartir su PHI lo beneficia. También podemos utilizar o compartir su PHI para notificar (o ayudar a notificar) a estas personas acerca de su ubicación y estado de salud general.

E. Comunicaciones relacionadas con recaudaciones de fondos. Podemos contactarlo con información acerca de la importancia de las contribuciones a las entidades de la OHCA e invitándolo a participar. Podemos compartir con nuestro personal de recaudaciones de fondos información acerca de usted (por ej., su nombre, dirección y número telefónico) incluyendo las fechas en que le proporcionamos atención médica, sin su autorización por escrito. Si no desea recibir ninguna solicitud de recaudación de fondos en el futuro, puede llamar a nuestra Oficina de Desarrollo al (773) 702-6565.

F. Actividades relacionadas con la Salud Pública. La ley nos exige o nos permite reportar la PHI a ciertas agencias gubernamentales y a otras entidades. Por ejemplo, podemos compartir su PHI por los siguientes motivos:

- (1) Reportar información relacionada con la salud a autoridades de salud pública con el propósito de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad;
- (2) Reportar abusos y negligencias al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois, al Departamento de Servicios Humanos de Illinois o a otras autoridades gubernamentales, incluyendo una agencia de servicio social o servicios de protección, legalmente autorizada para recibir los informes;
- (3) Reportar información acerca de productos y servicios a la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos;
- (4) Alertar a una persona que pueda haber sido expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otra forma pueda correr riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o trastorno;
- (5) Reportar información a su empleador según lo exijan las leyes de enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o inspecciones médicas en el lugar de trabajo; y
- (6) Prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a una persona por la salud o seguridad pública o a ciertas agencias gubernamentales con funciones especiales como el Departamento de Estado.

G. Actividades de supervisión de salud. Podemos compartir su PHI con una agencia de supervisión de salud que supervise el sistema de asistencia médica y asegure que se cumplan las normas de los programas de salud gubernamentales, como Medicare o Medicaid.

H. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos compartir su PHI en el transcurso de procedimientos judicial y administrativo en respuesta a una orden judicial o administrativa u otros procedimientos legales.

I. Fines de ejecución de la ley. Podemos compartir su PHI con la policía u otros funcionarios encargados del cumplimiento de la ley según lo requieran o permitan las leyes o en cumplimiento de una orden judicial, citación u orden de comparecencia en juicio.

J. Difuntos. Podemos compartir PHI con un médico forense o profesional de la medicina según lo autorice la ley.

K. Obtención de órganos y tejidos. Podemos compartir su PHI con organizaciones que facilitan la obtención, almacenamiento (bancos) y transplante de órganos, ojos o tejidos.

L. Investigaciones. Podemos utilizar o compartir su PHI si el grupo que supervisa nuestras investigaciones, la Junta de Revisión Institucional/Junta de Privacidad, aprueba una dispensa del permiso (autorización) para divulgar la información o para que un investigador comience el proceso de investigación.

M. Seguros de accidentes de trabajo (Workers' Compensation). Podemos compartir su PHI según lo permita o requiera la ley estatal relacionada con seguros de accidentes de trabajo u otros programas similares.

N. Según lo requiera la ley. Podemos utilizar y compartir su PHI cuando lo requiera cualquier otra ley no mencionada anteriormente.

IV. Usos y divulgaciones que requieren de su permiso escrito (autorización)

A. Uso o divulgación con su permiso (autorización). Para cualquier fin que no sea ninguno de los descritos anteriormente en la Sección III, únicamente podemos compartir su PHI con su permiso escrito (autorización). Por ejemplo, usted deberá darnos su permiso antes de que enviemos su PHI a su compañía de seguro de vida.

B. Mercadotecnia. También debemos obtener su permiso escrito (autorización) antes de utilizar su PHI para enviarle cualquier material de mercadotecnia. No obstante, podemos comunicarnos con usted acerca de productos o servicios relacionados con su tratamiento, la gestión de su caso o la coordinación de su atención médica o tratamientos alternativos, terapias, proveedores de servicios médicos o entornos de tratamiento, sin su permiso.

C. Uso y divulgación de su información altamente confidencial. Leyes federales y estatales exigen protecciones especiales de la privacidad para cierto tipo de información altamente confidencial acerca de usted ("**Información altamente confidencial**"), incluyendo cualquier parte de su PHI: (1) contenida en notas de psicoterapia;

o sobre (2) servicios de salud mental y discapacidades del desarrollo; (3) prevención de y tratamiento y referencias por abuso de bebidas alcohólicas y drogas; (4) pruebas, diagnósticos y tratamiento de HIV/AIDS; (5) enfermedad(es) venérea(s); (6) pruebas genéticas; (7) abuso y negligencia infantiles; (8) abuso doméstico de un adulto con discapacidad; (9) agresión sexual o (10) Con fertilización *in vitro* (IVF). Antes de compartir su información altamente confidencial para un fin que no esté dentro de los permitidos por la ley, debemos obtener su permiso escrito.

V. Sus derechos relacionados con su Información Médica Protegida

A. Para más información; quejas. Si desea más información acerca de sus derechos a la privacidad, considera que hemos violado sus derechos a la privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca del acceso a su PHI, puede ponerse en contacto con nuestra Oficina del Programa HIPAA. Usted puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Cuando pregunte, la Oficina del Programa HIPAA le proporcionará la dirección correcta de la OCR. No tomaremos ninguna acción contra usted por presentar una queja ante nosotros o ante la OCR.

B. Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Usted puede pedirnos que le enviemos documentos que contengan su PHI a una dirección diferente a la que nos dio, o de forma especial. Nos lo deberá pedir por escrito. Trataremos de seguir sus instrucciones al respecto si las consideramos razonables. Por ejemplo, usted puede pedirnos que le enviemos una copia de su historia clínica a una dirección distinta a la de su domicilio.

C. Derecho a revocar su permiso escrito (autorización). Usted puede cambiar de parecer acerca de su autorización o cualquier permiso escrito acerca de su información altamente confidencial dando o enviando una “declaración de revocación” escrita a la Oficina del Programa HIPAA a la dirección que aparece más adelante. La revocación no será aplicable en la medida en que hayamos realizado acciones sobre la base de su permiso.

D. Derecho a inspeccionar y copiar su información médica. Usted puede solicitar acceso al expediente de su historial clínico, récord de facturas o a otros registros utilizados para tomar decisiones acerca de su tratamiento y del pago de su tratamiento. Usted puede revisar estos registros y/o solicitar copias. En circunstancias limitadas, podemos denegarle el acceso a una parte de sus registros. Si desea tener acceso a sus registros, puede obtener un formulario de solicitud de revisión de registros del Departamento de Administración de Información relacionada con la Salud / Historias Clínicas (Health Information Management Department / Medical Records). Devuelva el formulario lleno al Departamento de Administración de Información relacionada con la Salud. Si solicita copias le cobraremos la cantidad indicada en la lista de tarifas. También le cobraremos los costos de franqueo, si solicita que le enviemos por correo las copias. Respecto de copias de registros, materiales o información que no se pueda copiar de forma rutinaria en una máquina fotocopidora estándar, como placas o imágenes de rayos x, podemos cobrarle el costo razonable de la copia.

E. Derecho a que sus registros sean enmendados. Usted tiene el derecho a solicitar que enmendemos la PHI contenida en su historia clínica, récord de facturas y otros registros utilizados para tomar decisiones acerca de su tratamiento y del pago de su tratamiento. Si usted desea que sus registros sean modificados, puede obtener un formulario de solicitud de enmienda de la Oficina del Programa HIPAA, después de lo cual puede devolver el formulario lleno a la Oficina del Programa. Cumpliremos su petición excepto si consideramos que la información que usted nos solicita enmendar es correcta y está completa o que son aplicables otras circunstancias. En caso de una solicitud de enmienda relacionada con información acerca del tratamiento de una enfermedad mental o discapacidad del desarrollo, usted tiene derecho a presentar una apelación ante una corte o tribunal estatal contra nuestra decisión de no enmendar su PHI.

F. Derecho a recibir una rendición de cuentas de divulgaciones. Usted puede pedirnos que rindamos cuentas sobre ciertas divulgaciones de su PHI hechas por nosotros el 14 de abril de 2003 o después de esa fecha. Estas divulgaciones deben haber sido hechas antes de la fecha de su petición y no rendiremos cuentas por divulgaciones hechas más de seis (6) meses antes de la fecha de su petición. Si usted solicita más de una rendición de cuentas durante un período de doce (12) meses, le cobraremos en base a la lista de tarifas. Dirija su petición de una rendición de cuentas a la Oficina del Programa HIPAA.

G. Derecho a pedir restricciones. Usted tiene el derecho de pedirnos que restrinjamos o limitemos el uso o la divulgación de su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica. No estamos obligados a cumplir su petición. Si lo hacemos, cumpliremos excepto si la información se necesita para proporcionar tratamiento de emergencia. Su petición de restricción se debe hacer por escrito y presentada a la Oficina del Programa HIPAA a la dirección que se indica abajo.

H. Derecho a recibir copia impresa de esta Notificación. Si nos lo solicita, usted puede obtener una copia escrita de esta Notificación, aunque haya aceptado recibir copias electrónicamente.

VI. Fecha de entrada en vigencia y término de vigencia de esta Notificación

A. Fecha de entrada en vigencia. Esta Notificación entró en vigencia a partir del 27 de mayo de 2007.

B. Derecho de cambiar los términos de esta Notificación. Podemos cambiar los términos de esta Notificación en cualquier momento. Si cambiamos esta Notificación, podemos poner en vigencia los nuevos términos de la notificación con respecto a toda la Información Médica Protegida que mantengamos, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de emitir esta notificación. Si cambiamos esta Notificación, pondremos la nueva notificación en lugares visibles en áreas de uso común por todos nuestros hospitales y clínicas y en nuestra página en Internet en <http://www.uchospitals.edu>. También puede obtener cualquier nueva notificación poniéndose en contacto con la Oficina del Programa HIPAA.

VII. Oficina del Programa HIPAA

Puede ponerse en contacto con la Oficina del Programa HIPAA en:

**The University of Chicago Medical Center
5841 South Maryland Avenue, MC1000
Room L-147
Chicago, IL 60637
Número telefónico: (773) 834-9716**