



Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SE SUMINISTRA SEGÚN LO EXIGE LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS MÉDICOS ("HIPAA"). SI DESEA OBTENER UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO EN CUALQUIER MOMENTO, COMUNÍQUESE CON EL PROGRAMA DE PRIVACIDAD DE HIPAA EN LA OFICINA DE CUMPLIMIENTO CORPORATIVO.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y EL MODO EN QUE USTED PUEDE ACCEDER A ELLA.

POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

I. Nuestra organización

Este Aviso describe las prácticas de privacidad del Acuerdo organizado de atención médica de la University of Chicago. Se aplica a los servicios que usted recibe en:

1. El University of Chicago Medical Center (UCMC), incluidos sus enfermeros, residentes, voluntarios y otros miembros del personal.
2. Los sectores de la University of Chicago que apoyan o participan en las actividades de atención médica, incluidos sus médicos, enfermeros, estudiantes, voluntarios y otros miembros del personal.
3. Los médicos de la comunidad de UCMC.

Al final de este Aviso, se presenta una lista de nuestros centros de atención médica. En este Aviso, nos referiremos a esas entidades colectivamente como "nosotros". Compartiremos su información médica unos con otros para brindarle tratamiento, obtener el pago por nuestros servicios y manejar nuestros hospitales y clínicas según lo permite la ley HIPAA.

II. Sus representantes

Si usted es menor de 18 años, por lo general sus padres o tutores se encargarán de su privacidad e información médica, aunque existen algunas excepciones.

Si usted es adulto y otras personas toman decisiones por usted, como por ejemplo un sucedáneo para la atención médica, es posible que ellas deban tomar las decisiones relacionadas con su privacidad e información médica.

III. Nuestra responsabilidad con respecto a su información médica

Respetamos la privacidad de su información médica. Cada vez que nos visite, registraremos información sobre la atención que reciba, incluida la información externa que obtengamos acerca de su atención médica e información para procurar el pago por nuestros servicios (su "información médica"). Esa información médica también se denomina "Información médica protegida" ("PHI", por sus siglas en inglés ["Protected Health Information"]). Esos registros pueden conservarse en forma impresa o electrónicamente en una computadora, o bien almacenarse a través de otros medios.

UCMC tiene la obligación legal de:

- Mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida (PHI).
- Informarle en caso de que se produzca una violación de su información médica no protegida, si la ley lo requiere.
- Suministrarle este Aviso y describir los modos en que podemos utilizar y compartir su información médica protegida.
- Informarle sobre sus derechos en relación con su información médica protegida.
- Respetar los términos de este Aviso.

Nos reservamos el derecho de realizar cambios a este Aviso en cualquier momento y de aplicar nuevas prácticas de privacidad y seguridad a la información médica que mantenemos. En nuestro sitio web, encontrará la versión más reciente del Aviso.

Puede acceder a la versión más reciente del Aviso en cualquier momento en <http://hipaa.bsd.uchicago.edu/npp.html>. También puede solicitar una copia impresa de este aviso al Programa de Privacidad de HIPAA en la Oficina de Cumplimiento Corporativo.

IV. Cómo podemos utilizar y compartir su información médica

En este Aviso, se explica el modo en que podemos utilizar y compartir información médica sobre usted para brindar servicios de atención médica, obtener el pago por esos servicios y manejar nuestro negocio. En esta sección, también se describen otras circunstancias diversas en las que podemos utilizar y compartir su información médica. No necesitamos su autorización (permiso) para utilizar su información médica en las siguientes circunstancias:

1. Tratamiento

Conservamos registros de la atención y los servicios que le brindamos. Podemos utilizar y compartir su información con médicos, enfermeros, auxiliares clínicos o de laboratorio, estudiantes de medicina o enfermería, o bien con cualquier persona que necesite la información para poder brindarle atención.

Ejemplo 1: Un médico que atiende a un paciente por una fractura de pierna puede necesitar preguntar a otro médico si el paciente tiene diabetes, ya que esa enfermedad puede ralentizar el proceso de cicatrización del hueso de la pierna. Esto puede suponer hablar con médicos y otros profesionales no empleados por nosotros. Si estos participan en la atención médica del paciente, podemos compartir con ellos la información médica del paciente para los propósitos de su tratamiento.

Ejemplo 2: Podemos utilizar información médica para informarle sobre los productos o servicios que ofrecemos relacionados con su salud, recomendarle alternativas de tratamiento y suministrarle información sobre servicios o beneficios relacionados con la salud que pueden interesarle.

2. Pago

Podemos utilizar y compartir información sobre usted para que nosotros y otros profesionales de atención médica que le hayan brindado servicios, como por ejemplo una compañía de ambulancias, podamos facturar y recibir el pago por esos servicios.

Su información puede utilizarse para obtener el pago de parte suya, de su compañía de seguros o de otra persona que usted determine.

Ejemplo: Enviamos las reclamaciones por servicios prestados utilizando información médica sobre los servicios brindados para obtener el pago de las compañías de seguro, incluida Medicare, y de los familiares u otras personas que tienen la responsabilidad de pagar la factura del paciente.

3. Actividades de atención médica

Podemos usar y compartir información sobre usted para las tareas comerciales necesarias para nuestras actividades, que incluyen, por ejemplo, mejorar la calidad de la atención, capacitar al personal y a los estudiantes, prestar servicios a los clientes o desempeñar cualquier tarea comercial que sea necesaria para brindar un mejor servicio a nuestros pacientes y a la comunidad. Asimismo, podemos compartir su información médica con otras personas que contratamos para que nos ayuden a brindar servicios y programas.

4. Parientes, amigos cercanos y cuidadores

Podemos compartir su información médica con sus familiares o parientes, amigos cercanos personales u otras personas que usted determine si no se opone a la divulgación o si está de acuerdo en compartir su información con ellos. Si por algún motivo, como una emergencia médica, usted no puede manifestar su acuerdo o desacuerdo, podemos apelar a nuestro juicio profesional para decidir si la divulgación de su información es lo más conveniente para usted. Esto incluye información sobre su ubicación y estado en general.

5. Comunicación con usted

Podemos utilizar y compartir su información médica para comunicarnos con usted sobre citas y otros asuntos por correo, teléfono o correo electrónico. Cuando lo llamemos al número que usted nos haya dado para recordarle una cita, podemos incluir su nombre, la clínica, la ubicación y el médico u otro profesional de atención médica con quien tenga la cita en cualquier mensaje que dejemos en un contestador automático o a cualquier persona que responda el teléfono. Aceptaremos cualquier solicitud razonable que nos haga para recibir el recordatorio de la cita por otros medios. También podemos contactarlo para hacer seguimiento de los resultados de las pruebas o la atención recibida, o bien para informarle sobre opciones de tratamiento o servicios o productos relacionados con la salud que pueden interesarle.

6. Directorio de pacientes

Podemos incluir automáticamente su nombre, ubicación en el hospital, estado de salud en general y afiliación religiosa en un directorio de pacientes en nuestro hospital, a menos que usted nos indique que no desea que su información figure en el directorio. La información que se encuentra en el directorio puede compartirse en situaciones de emergencia y con miembros del clero. Asimismo, se puede compartir la información del directorio, a excepción de la afiliación religiosa, con cualquier persona que pregunte por usted por su nombre.

7. Recaudación de fondos

Podemos utilizar información limitada sobre usted (por ejemplo, su nombre, dirección, número telefónico, fecha de nacimiento, sexo, fechas en las que le brindamos atención médica, el médico que lo trató, información de los resultados y estado del seguro médico) para contactarlo a fin de recaudar fondos para nuestros programas y servicios. Para no recibir este tipo de comunicaciones, comuníquese en cualquier momento con nuestra Oficina de Desarrollo por teléfono al (773) 834-9166 o por correo electrónico a supportUCMC@bsd.uchicago.edu.

8. Investigación

En UCMC realizamos trabajos de investigación. Nuestros investigadores pueden utilizar o compartir su información sin su autorización, (a) si el grupo que supervisa la investigación les da permiso para hacerlo, (b) si los datos del paciente se están utilizando para prepararse para un estudio de investigación o (c) si la investigación se limita a datos de pacientes fallecidos.

9. Permitido y exigido por la ley

Estamos obligados y autorizados por las leyes federales, estatales y locales a compartir información médica con ciertas agencias gubernamentales y otros organismos. Por ejemplo, podemos compartir su información médica para:

- Suministrar información a autoridades de la salud pública para fines de prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Denunciar malos tratos y negligencia ante autoridades gubernamentales, como agencias de servicio social o de servicios de protección;
- Suministrar información sobre productos y servicios a la FDA;
- Alertar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o estar en riesgo de padecer o propagar una enfermedad o afección;
- Suministrar información a su empleador según lo exigen las leyes que regulan las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o la vigilancia médica en el lugar de trabajo;
- Prevenir o mitigar una amenaza grave e inminente a una persona, para la salud o seguridad públicas, o a ciertas agencias gubernamentales con funciones especiales; y
- Presentar comprobante de vacunación de estudiante a su institución educativa.

Asimismo, podemos compartir su información médica:

- Con una agencia de control gubernamental que supervisa el sistema de atención médica y garantiza el cumplimiento de las reglas de los programas de salud gubernamentales y otras reglas que se aplican a nosotros;
- Como parte de un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden judicial u otro proceso jurídico;
- Con la policía u otros agentes del orden público para, por ejemplo, denunciar ciertas lesiones físicas, delitos, víctimas o pacientes no identificados; y
- Para programas gubernamentales especiales como, por ejemplo, programas relacionados con veteranos de guerra o militares.

10. Donación de órganos y tejidos

Podemos divulgar su información médica a organizaciones que gestionan la donación y el trasplante de órganos, tejidos y ojos.

11. Pacientes fallecidos

Podemos compartir información médica sobre pacientes fallecidos con el investigador forense, médico forense o el director funerario.

V. Otros usos de su información médica

No utilizaremos ni compartiremos su información médica por ningún otro motivo que no sean los descritos en este Aviso sin la autorización por escrito firmada por usted o por su representante personal. Una autorización es un documento que usted firma y que nos indica utilizar o divulgar información específica para un propósito específico. Por ejemplo, si desea que su información médica se envíe a un familiar suyo, le solicitaremos que firme una autorización.

Solicitaremos su autorización por escrito:

- Antes de compartir su Información sumamente confidencial para cualquier propósito que no sean los permitidos por la ley, incluida la información sobre:

- Malos tratos o descuido de un niño, un anciano o un adulto con discapacidad;
- Pruebas genéticas;
- Pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA;
- Fecundación *in vitro* (IVF [Invitro Fertilization]);
- Discapacidades mentales y del desarrollo;
- Enfermedades de transmisión sexual; y
- Agresión sexual.
- Para utilizar o divulgar su información médica con el propósito de comunicarnos con usted para ofrecerle productos o servicios de terceros.
- Para la venta de su información médica.

Las notas de psicoterapia (las notas escritas de su profesional de servicios de salud mental) solo serán divulgadas con su autorización por escrito y con el consentimiento de su profesional de salud mental.

Puede cambiar de opinión sobre su autorización en cualquier momento enviando una "declaración de revocación" por escrito al Programa de Privacidad de HIPAA en la Oficina de Cumplimiento Corporativo. La revocación no tendrá efecto cuando ya hayamos implementado acciones con base en su autorización.

VI. Sus derechos con respecto a su información médica

1. Inspeccionar y recibir una copia de su información médica

Puede tener acceso y recibir una copia del expediente de los registros de su historia clínica, registros de facturación y otros registros similares utilizados para tomar decisiones sobre su tratamiento y para obtener el pago por nuestros servicios. En circunstancias limitadas, es posible que le neguemos el acceso a una parte de sus registros. Si desea ver sus registros o recibir una copia, llame a la Gestión de la Información Médica (Historias Clínicas) al (773) 702-1637. Le pediremos que llene, firme y devuelva un formulario de Solicitud de registros. Le cobraremos los costos razonables de la copia y del franqueo en la medida en que lo permite la ley.

2. Recibir comunicaciones confidenciales

Puede solicitarnos que le enviemos los documentos que contienen su información médica protegida a una dirección distinta de la que usted nos informó, o a través de un medio especial. Para ello, deberá solicitarlo por escrito. Trataremos de conceder cualquier petición razonable. Por ejemplo, puede solicitarnos que le enviemos una copia de sus historias clínicas a una dirección distinta de la de su domicilio.

3. Modificar ciertos registros

Tiene derecho a solicitar una modificación (corrección o adición) de la información médica que mantenemos sobre usted. Si considera que la información no es exacta o no está completa y desea modificarla, puede solicitar un formulario de Solicitud de modificación al Programa de Privacidad de HIPAA en la Oficina de Cumplimiento Corporativo. Decidiremos si concederemos o, en circunstancias limitadas, rechazaremos su petición.

4. Recibir una relación de divulgaciones

Puede solicitar una lista (relación) de personas u organizaciones, fuera de UCMC, con las cuales hemos compartido (divulgado) su información médica. La lista no incluirá divulgaciones hechas:

- A usted.
- Para su tratamiento.
- Para obtener el pago por su tratamiento.
- Con su autorización.
- Según lo descrito en este Aviso.

La lista no incluirá divulgaciones hechas más de seis (6) años antes de la fecha de su solicitud. Si solicita más de una relación durante un período de doce meses, le cobraremos un costo razonable. Dirija su solicitud de una relación al Programa de Privacidad de HIPAA en la Oficina de Cumplimiento Corporativo.

5. Solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos o limitemos la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para el tratamiento, pago o las operaciones de atención médica. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud, salvo en el caso que se especifica más adelante. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que la información sea necesaria para proporcionar un tratamiento de urgencia. Debe realizar su solicitud de restricciones por escrito y enviarla al Programa de Privacidad de HIPAA en la Oficina de Cumplimiento Corporativo. Por ley, debemos aceptar su solicitud de restricción de divulgación de su información médica a un plan de salud si la divulgación a) se hace para llevar a cabo el pago o las actividades de atención médica, b) no es exigida, de otra manera, por la ley y c) se relaciona con un artículo o servicio que usted ha pagado por completo de su propio bolsillo.

6. Notificación de violación

Usted puede tener derecho a que le informen en caso de acceso o uso no permitidos de información médica no protegida. Si la ley nos exige informarle sobre este tipo de acceso o uso, entonces lo notificaremos inmediatamente con la siguiente información:

- Una breve descripción de lo sucedido;
- Una descripción de la información médica en cuestión;
- Los pasos recomendados que puede tomar para protegerse de sufrir daños;
- Qué medidas se implementaron en respuesta a la violación; y
- Procedimientos de contacto para que pueda obtener más información.

Fecha de entrada en vigencia

Nuestro Aviso original entró en vigencia en abril de 2003. Se revisó en mayo de 2012 y septiembre de 2013. Esta versión entró en vigencia en enero de 2017.

Ubicaciones de centros médicos de la University of Chicago

Contamos con numerosas ubicaciones dentro y cerca de Chicago. Las ubicaciones dentro y fuera del campus a las que se aplica este Aviso incluyen:

- The University of Chicago Medicine Campus; Chicago
- 150 East Huron Office; Chicago
- Center for Advanced Care; Chicago, Orland Park
- Center for Reproductive Medicine and Fertility; Chicago
- Child Life Center; Flossmoor
- Comprehensive Cancer Center at Silver Cross Hospital; New Lenox
- Comprehensive Care Center at Little Company of Mary; Evergreen Park
- Elmhurst Center for Health; Elmhurst
- Midwest ENT; Naperville
- University of Chicago Medicine Comer Children's at Edward Hospital; Naperville
- University of Chicago Medicine Comer Children's at Elmhurst Hospital; Elmhurst
- University of Chicago Medicine Comer Children's at Little Company of Mary; Evergreen Park
- University of Chicago Health Specialists; Schererville, IN
- University of Chicago Outpatient Senior Health Center at South Shore; Chicago
- University of Chicago Obstetrics and Gynecology Services; Berwyn (MacNeal), Chicago, New Lenox
- University of Chicago Pediatric Hematology and Oncology; New Lenox

- University of Chicago Pediatric Orthopedics; Elmhurst
- University of Chicago Pediatric Sleep Medicine; Westmont
- University of Chicago Pediatric Specialists, Merrillville, IN, Naperville, Palos Heights
- University of Chicago Pediatric Specialists at Adventist Hinsdale Hospital; Hinsdale
- University of Chicago Pediatric Specialists at LaRabida Children's Hospital; Chicago
- University of Chicago Pediatric Specialists at Mercy Hospital; Chicago
- University of Chicago Physicians; Matteson
- University of Chicago Rehabilitation and Sports Medicine at West Suburban Medical Center; River Forest
- University of Chicago Specialty Suite at NorthShore University Health System at Evanston Hospital; Evanston
- University of Chicago Specialty Suite at NorthShore University Health System at Glenbrook Hospital; Glenview
- University of Chicago Surgery at Weiss Memorial Hospital; Chicago
- University of Chicago Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery; Hinsdale, Riverside, Tinley Park
- University of Chicago Urology; Munster, IN

Más información y quejas

Si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, considera que hemos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos en relación con su información médica protegida, puede comunicarse con el Programa de Privacidad de HIPAA en la Oficina de Cumplimiento Corporativo. También puede presentar sus quejas por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés [Office for Civil Rights]) del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Cuando lo solicite, el Programa de Privacidad de HIPAA le informará la dirección adecuada de la OCR. No tomaremos ninguna represalia contra usted si presenta una queja ante nosotros o ante la OCR.

Puede comunicarse con el Programa de Privacidad de HIPAA en:

The University of Chicago Medicine
Office of Corporate Compliance, HIPAA Privacy Program
5841 South Maryland Avenue, MC1000
Chicago, IL 60637
Número de teléfono: (773) 834-9716