

WARD MEMORIAL HOSPITAL (WMH)

AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA O PUBLICADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REPASARLA CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta comuniquese con Leticia C. Rodriguez, Oficial de Privacidad al (432) 943-2511 ext 216.

Este aviso tiene que ver con todos los papeles y archivos electronicos sobre su atencion medica en WMH, creada tanto si como por personal de WMH o un medico clinico fuera de WMH. Medicos No-WMH envuelto en su atencion medica puede que sigan diferentes normas o avisos en cuanto al uso o publicacion de su informacion que ellos mantienen fuera de WMH.

Este aviso describe las practicas de Ward Memorial Hospital (WMH), esos de nuestro personal medico mientras ejercen en WMH, y aquellos de cualquier profesion de salud, miembro del personal, voluntario, o aprendiz de WMH autorizado a manejar su informacion. WMH incluye al Sandhills Family Clinic, Ward Memorial EMS, Ward Memorial Home Health y Monahans Physical Therapy.

Ward Memorial Hospital, (WMH), su facultad, estudiantes, residentes, empleados, voluntarios, y sus afiliados siguen las prácticas de privacidad descritas en este aviso. WMH mantiene información sobre su salud en expedientes que se guardan de una manera confidencial de acuerdo a la ley. WMH utiliza y da o comparte información acerca de su salud cuando es necesario en su tratamiento, sobre pagos, y para operaciones del cuidado de su salud, y para darle servicio de alta calidad.

MANERAS EN QUE PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACION

Las siguientes categorias describen maneras en que utilizamos y compartimos su informacion. No todos los usos y revelaciones son mencionados en la lista. No obstante, toda la manera que estamos permitidos en utilizar o revelar la informacion cae sobre una de las siguientes categorias.

Para Tratamientos. Podemos utilizar la informacion sobre usted para proveerle tratamiento o servicios medicos. Podemos revelar su informacion a los doctores, enfermeras, tecnicos, residentes medicos, estudiantes, u otro personal que le ofrece atencion medica en WMH. Por ejemplo, un doctor que le esta atendiendo su pierna fracturada tendra que saber si usted tiene diabetes, porque la diabetes puede tardar el proceso de curacion. Ademas, el doctor necesita decirle la nutricionista si tiene diabetes para poder hacer los cambios necesarios para su dieta. Departamentos diferentes de WMH pueden compartir informacion sobre usted para poder coordinar la atencion medica necesaria, tales como recetas medicas, laboratorios o placas.

Para Pagos. Podemos utilizar o reveler informacion sobre usted para que el tratamiento o servicios que usted recibe en WMH puedan ser cobrados y el pago puede ser coleccionado, una compania de seguro o tercera persona – incluyendo una agencia de coleccion si es necesario. Por ejemplo, pueda que tengamos que dar su informacion de plan de salud sobre la cirugia que recibio en WMH para que su plan de salud nos pague o reembolse por su cirugia. Puede que tengamos que decirle a su plan sobre el tratamiento que usted va a recibir para poder obtener aprobacion antes del procedimiento para determinar si su plan cubrira por el tratamiento. Tambien podemos permitirle al plan de salud que repase los archivos para cerciorarse que han pagado la cantidad correcta a WMH.

Administración de la Atención Médica. Podemos utilizar y compartir información sobre usted para funciones administrativas necesarias para poder manejar y promover la calidad de atención médica en WMH. Por ejemplo, podemos utilizar su información o combinarla con otra información de pacientes de WMH para repasar la efectividad de nuestros tratamientos y servicios, para evaluar el desempeño de nuestro personal cuando les brindan atención médica, o para tomar decisiones en cuanto a servicios que WMH debe ofrecer. También podemos combinar la información que tenemos sobre usted y la información de otros hospitales para comparar como nosotros nos estamos desempeñando y ver donde podemos hacer mejoras en la atención médica y servicios ofrecidos. Donde sea necesario, quitaremos información que lo pueda identificar a usted. También podemos revelar información a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, y otros aprendices para propósitos educacionales y de entrenamiento.

Podemos compartir información a negociantes quien provee servicios necesarios para administrar a WMH, tales como recetas, compañías o agencias de colección. Nosotros obligamos contractualmente a estas terceras personas a proteger su información como nosotros lo haríamos. Además, le permitimos a su plan de salud u otros proveedores a revisar sus archivos que contienen información sobre usted para poder ayudarlos en mejorar la calidad de servicio que le proveemos. Además, podemos compartir su información con médicos del personal WMH medical para mejoría de calidad, credenciales u otras funciones administrativas que tienen que ver con el personal médico.

Comunicación con usted y otros envueltos en su Atención Médica

Recuerdo de citas, Avisos sobre Nuevos Servicios, otras Noticias sobre la Salud. Puede que nos comuniquemos con usted para recordarle sobre la cita que tiene con el proveedor de salud en WMH. También podemos utilizar o compartir su información para recomendar opciones y tratamientos disponibles o servicios relacionados con su salud o para proveer información que le pueda interesar. Puede ser que nos comuniquemos con usted y le hagamos preguntas sobre la calidad de servicio que le hemos provisto.

Actividades de recaudación de fondos. Nosotros podemos utilizar su nombre y dirección para comunicarnos con usted por esfuerzos de recaudar fondos para WMH y sus operaciones de negocios. Solamente utilizamos su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en las cual usted recibió tratamientos o servicios en WMH.

Directorio del Hospital. Cuando sea admitido en el hospital, su nombre será incluido en el directorio de pacientes. Sin embargo, se le dará la oportunidad de remover su nombre del directorio. Este directorio puede incluir cierta información sobre usted, incluyendo su nombre, su lugar en el hospital, su condición general (buena, estable, etc.) y su afiliación religiosa. Esto ayuda a que sus familiares, amigos, sacerdotes y otras personas lo visiten y se enteren de su condición general. Con la excepción de su afiliación religiosa, esta información puede entregarse a visitantes o por teléfono a quienes pregunten por usted. Si lo decide así cuando es admitido, la información acerca de su afiliación religiosa puede entregarse a miembros del clero, como sacerdotes o rabinos, incluso si ellos no preguntan por usted.

Personas relacionadas con su cuidado o con el pago de su cuidado. En ciertas situaciones podemos compartir información sobre usted con un amigo o familiar que tenga que ver en su cuidado o el pago de los gastos relacionados con su cuidado. Cuando sea posible permitiremos que usted designe a quien le gustaría que se encargue de su cuidado. Sin embargo, en emergencias u otras situaciones en las que sea imposible que usted indique su preferencia, podríamos necesitar compartir información con otras personas u organizaciones para que coordinen su cuidado o notifiquen a su familia.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias podríamos usar y compartir información sobre usted con propósito de desarrollar una investigación. Por ejemplo, una investigación podría comparar la salud y recuperación de pacientes quienes recibieron un medicamento específico para una enfermedad o condición en particular, con otros que recibieron otro medicamento para tratar la misma enfermedad. Antes de utilizar o compartir información para una investigación, el proyecto debe ser aprobado a través de un proceso especial de aprobación que evalúa el proyecto y su uso de la información y trata de balancear las necesidades del proyecto con la necesidad de privacidad del

paciente. En la mayoría de casos, si la investigación se relaciona con su cuidado y el uso/revelación de información sobre su salud que puede identificarlo, obtendremos su permiso y le explicaremos completamente como será utilizada la información. Podríamos permitir a algún investigador a que tenga acceso a su información antes del proceso de aprobación, para que prepare su proyecto de investigación. Por ejemplo, un investigador podría necesitar saber cuantos pacientes poseen una enfermedad/condición específica. La información de salud utilizada para este propósito se mantendrá dentro de WMH.

SITUACIONES ESPECIALES

Requeridas por la ley. Revelaremos información acerca de usted cuando nos sea solicitada por autoridades federales, estatales o locales. Por ejemplo, podríamos revelar información sobre usted luego de que se haya emitido una citación o para reportar una enfermedad contagiosa.

Para prevenir una seria amenaza contra la salud o seguridad. Podríamos utilizar o revelar información sobre usted cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza contra su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Solamente compartiremos esta información con quien pueda ayudar a prevenir la amenaza y/o acción. Esta información puede ser revelada a las autoridades para que respondan frente a un crimen violento o para proteger al blanco de un crimen violento. Por ejemplo, la amenaza de herir a otra persona puede ser reportada a las autoridades del caso.

Donación de órganos y tejido. Si usted es donante o receptor de órganos, podríamos revelar su información a organizaciones que se encargan de la procuración de órganos, del trasplante de órganos, ojos o tejido o a un banco de órganos, cuando sea necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos y tejido.

Militares y Veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podríamos revelar su información si es requerida por las autoridades del comando militar. Asimismo, podríamos revelar información sobre militares extranjeros a la autoridad militar extranjera apropiada.

Compensación de empleados. Podríamos revelar su información a la Compensación de Empleados o a programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones y enfermedades causadas por su trabajo.

Riesgos de Salud Pública. Podríamos revelar su información para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas, a lo siguiente:

- Para prevenir o controlar lesiones o discapacidades;
- Para reportar nacimientos o fallecimientos;
- Para reportar abuso de niños o negligencia;
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con ciertos productos;
- Para notificar al público sobre retiros de productos que puedan estar utilizando;
- Para notificar a alguna persona que pueda haber estado expuesta a alguna enfermedad o este en riesgo de contraer o contagiar la enfermedad o condición.;
- Para notificar a la autoridad gubernamental indicada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de Supervisión de Salud. Podríamos revelar información a una agencia de supervisión de salud para aquellas actividades que estén autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, y licenciatura. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de salud, programas gubernamentales, y el cumplimiento de los derechos cívicos.

Demandas y Disputas. Si usted se encuentra envuelto en una demanda o disputa, podríamos revelar información sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Asimismo, podríamos revelar esta información en respuesta a una citación, DISCOVERY REQUEST u otro proceso legal requerido por alguien relacionado en la disputa, pero únicamente si usted está envuelto en la demanda o disputa, podemos revelar información sobre usted

en respuesta a una orden administrativa de la corte. También podemos revelar información sobre usted en respuesta a una citación, DISCOVER REQUEST u otro proceso legal de alguien relacionado en la disputa, pero solo cuando se han hecho esfuerzos por comunicarle el pedido o para obtener una orden protegiendo la información requerida.

Cumplimiento de la Ley. Podríamos revelar información si nos es solicitada por una autoridad;

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden, requerimientos o procesos similares;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona perdida;
- Si se sospecha que usted es víctima de un crimen, generalmente con su permiso;
- Sobre una muerte que pensamos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre conducta criminal en el hospital y,
- En emergencias: para reportar un crimen, la localización del crimen o de las víctimas o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Directores del Funeral, Examinador Médico, Oficial de la Corona. Podríamos revelar información a el OFICIAL DE LA CORONA O EXAMINADOR MEDICO. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. Asimismo, podríamos revelar información acerca de pacientes del hospital a directores funerarios cuando sea necesario para que lleven a cabo sus obligaciones.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. Podríamos revelar información sobre usted a oficiales federales de inteligencia, contrainteligencia y para otras actividades de Seguridad Nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el Presidente y otros. Podríamos revelar su información a oficiales federales autorizados para que pueden brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas, jefes de estado extranjeros o para conducir investigaciones especiales.

Presos. Si es un recluso en una correccional o se encuentra bajo custodia de un oficial, podríamos revelar información sobre usted a la institución correccional o al oficial. Esto sería necesario (1) para que la correccional pueda encargarse del cuidado de su salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

SUS DERECHOS SOBRE SU PROPIA INFORMACION

Tiene los siguientes derechos sobre información sobre usted:

Derecho a examinar y obtener copias. Usted tiene el derecho de revisar y obtener copias de información que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Usualmente, esto incluye registros médicos y cuentas pero no incluye notas psicoterapéuticas. Podemos rechazar su pedido de examinar y copiar documentos en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a su información, puede pedir que el rechazo sea reevaluado. Otro profesional de salud licenciado escogido por WMH revisará su pedido y el rechazo. La persona que lleva a cabo la revisión no será la misma que le negó el pedido. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión. Para examinar o copiar información que puede ser usada para tomar decisiones relacionadas con usted, debe entregar un pedido por escrito a Medical Information Services (Servicios de Información Médica). Si pide una copia de la información, podemos cargarle una tarifa para cubrir los costos de copia, envío u otros artículos asociados con su pedido. Si su pedido se relaciona únicamente con las cuentas a pagar, puede llamar a un Representante de Servicio al Paciente en la oficina de cuentas y facturación.

Derecho a corregir información. Si siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o se encuentra incompleta, puede pedirnos que corrijamos la información. Usted tiene el derecho a solicitar una corrección el tiempo que la información sea guardada para o por WMH. Para pedir una corrección, su solicitud y razones que validen su pedido deben ser puestas en escrito y entregadas a Servicios de Información Médica.

Podemos rechazar la solicitud si no se encuentra por escrito o si no incluye una razon que haga valido el pedido. Tambien podemos rechazar su pedido si nos pide que corriamos informacion que:

No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creo la informacion ya no se encuentre disponible para hacer la correccion, en cuyo caso considerariamos la solicitud.

No es parte de la informacion guardada por o para WMH;

No es parte de la informacion que se le permite examinar o copiar; o

Es correcta y completa.

El derecho a una explicacion de las publicaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una “Explicacion de las Publicaciones.” Esta es una lista de revelaciones hechas sobre usted que no estaban relacionadas con la con los usos de rutina que se describieron anteriormente. Esta lista no incluira revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003 o aquellas que usted especificamente nego. Para solicitar dicha lista, debe entregar su pedido por escrito a Medical Information Services. Su pedido debe indicar un periodo de tiempo no mayor a seis anos y debe indicar la forma que desea la lista (por ejemplo, en papel o en un archivo electronico). La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses sera gratis. Si solicita listas adicionales podemos cargarle por los costos incurridos al proveerle la lista. Le notificaremos sobre el costo estimado y puede decidir retirar or modificar su pedido en ese momento, antes de que incurramos en gastos.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restriccion o limitacion en el uso o revelacion de informacion sobre usted por tratamiento, pago, funciones administrativas o con individuos envueltos en su cuidado.

No estamos obligados a aceptar su pedido. Si lo hacemos, cumpliremos con su pedido a menos de que la informacion sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe entregar su pedido por escrito a la Oficina de Privacidad (Privacy Office). En su solicitud debe indicarnos (1) que informacion quiere limitar; (2) si desea limitarnos la utilizacion y/o revelacion de su informacion y (3) a quienes desea aplicar estos limites.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene el derecho de que nos comuniquemos con usted de una cierta forma o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que solo lo contactemos en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe entregar su pedido por escrito a la Oficina de Privacidad (Privacy Office). No le pediremos que nos explique sus razones y buscaremos conceder todos los pedidos razonables. Su pedido debe especificar como y donde desea ser contactado.

Derecho a una copia en papel de este aviso. Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede solicitarnos que le demos una copia en cualquier momento. Incluso si ha accedido a recibir este aviso electronicamente, tiene derecho a una copia en papel.

Para obtener una copia en papel de este aviso puede comunicarse con la oficina de Health Information Services, Admissions Office, Nursing Staff o Administracion.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la nueva copia al tratar informacion que ya tengamos sobre usted asi como tambien con informacion que recibamos en el futuro. Publicaremos el nuevo aviso en WMH. Este aviso indicara la fecha en que se hacen efectivos los cambios en la

primera pagina, en la esquina superior derecha. Si nuestras politicas relacionadas con la privacidad cambian significativamente antes de nuestro siguiente encuentro, le notificaremos al momento de registro o admision.

QUEJAS

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a **WMH** o a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja a **WMH**, contacte a Leticia C. Rodriguez (Contacto de Privacidad) 432-943-2511 ext 216. Todas las quejas deben ser entregadas o verificadas por escrito.

No sera penalizado por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACION

Los usos y revelaciones de informacion no cubiertas por este aviso o las leyes que se nos aplican seran llevadas a cabo unicamente con su autorizacion escrita. Si usted nos brinda una autorizacion especifica para utilizar y revelar su informacion, puede revocar este permiso, por escrito, en cualquier momento. Si retira su autorizacion, dejaremos de utilizar o revelar su informacion por las razones explicadas en su solicitud. Entienda que no podemos cancelar revelaciones de informacion que hayamos hecho con su permiso y que se nos requiere que retengamos los registros del cuidado que le brindamos.

Ward Memorial Hospital

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT
(Spanish Language)

RECONOCIMIENTO NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de las Practicas de Privacidad de WMH. Entiendo que WMH tiene el derecho a cambiar las Practicas de Privacidad de tiempo a tiempo y que yo puedo comunicarme con WMH en cualquier momento para obtener una copia de la Notificacion mas reciente de las Practicas Privadas.

Nombre de Paciente (en letra de molde) _____

Firma de paciente/Representante Legal _____

Relacion al Paciente _____

Fecha _____

I have attempted to obtain the patient's signature on this form, but was not able to for the following reason: *Please document the reasons you were unable to obtain the signature.*

Date: _____ Signature: _____