



## Valley-Wide Health Systems, Inc.

### AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DADA A CONOCER Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.**

#### I. Entendiendo Su Informacion de Salud

Con cada vez visita nuestro a centro comunitario de salud, un expediente de su visita es creado. Este expediente normalmente contiene su nombre y otra información que pueda identificarlo a usted, sus síntomas, exámenes y resultados de sus análisis, tratamiento, plan para cuidado futuro de salud, e información financiera. Este expediente a veces se refiere como su “expediente médico o “registro médico”. Este expediente permite a:

- Doctores ,enfermeras/os, y otros profesionales de la salud a planificar su tratamiento;
- Obtener pago por los servicios que le proveamos , de planes de salud, tal como Medicaid.
- Nuestro centro comunitario de salud a medir la calidad de cuidado que le proveamos.

Como en el pasado, estamos comprometidos a mantener información de su salud confidencial. No utilizaremos ni daremos a otros su información de salud sin su consentimiento por escrito, con excepción de lo que se establece en este aviso.

#### II. Cómo Utilizaremos y Compartiremos Su Información de Salud

##### a. Tratamiento, Pagos y Procesos de Cuidado de Salud

Utilizaremos y ofreceremos a otros su información de salud para proveerle a usted tratamientos de cuidado de salud, para obtener pagos por nuestros servicios, y para ayudarnos a operar nuestro centro comunitario de salud. Por ejemplo:

- Daremos su información de salud a profesionales de cuidado de la salud que no pertenezcan a nuestro personal de trabajo, tales como otros doctores y personal de hospital, que han ayudado a cuidarle;
- Podríamos enviarle una cuenta a su seguro de salud o a usted ; y
- Nuestro centro comunitario de salud podría utilizar su expediente médico para revisar el desempeño de nuestras tareas y asegurarnos que usted recibe un cuidado de salud de calidad.

##### b. Otros Usos e Información Permitidos o Requeridos por Ley

Podríamos utilizar u ofrecer a otros su información de salud para los siguientes propósitos bajo circunstancias limitadas:

- A personas envueltas en su cuidado o que le ayudan a pagar por su cuidado, tales como su familia, sus amigos personales, o cualquier otra persona que usted indique, para notificarles de dónde usted se encuentra, su salud general, y para asistirle en su cuidado de salud (tales como el recogimiento de sus medicinas o ayudarle en su seguimiento); agencias gubernamentales que supervisan nuestro centro comunitario de salud (tales como inspectores de licencias y certificación);
- A agencias gubernamentales que tienen el derecho a recibir y coleccionar información de salud (tales como control de brotes de enfermedades);
- Para procedimientos de corte (tales como ordenes de corte o petición de juez);
- Para programas de compensación a trabajadores cuando su problema de salud es debido a un accidente relacionado con su trabajo;
- Cuando una agencia responsable por ejecutar la ley requiere información (tal como para prevenir un peligro o accidente);
- A un fiscal de la salud y directores de funerarias para permitirles que puedan hacer sus deberes;
- A agencias de donantes de órganos (sujeto a las leyes aplicables)
- Para estudios de investigación que cumplen con todos los requerimientos de la ley de privacidad (tales como una investigación para detener una enfermedad);
- Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad de otros;
- Para comunicarnos con usted sobre nuevos tratamientos o medicinas que le puedan ayudar;
- A personal asociados con el centro comunitario de salud que nos ayudan a realizar nuestro trabajo, tales como nuestros contables, consultores de computadoras, y compañías de cuentas a cobrar (solamente si este personal asociado está de acuerdo a mantener por escrito su información de salud confidencial como requerido por ley); y
- Para cualquier otro propósito requerido o permitido por ley.

**c. Otros Usos e Información que Requieren su Permiso por Escrito**

Con excepción de lo estipulado anteriormente, podríamos utilizar o dar a otros su información de salud solamente después de haber obtenido su permiso escrito en una Forma de Autorización. Usted puede revocar su autorización a cualquier momento dándolo a conocer a nosotros por escrito si así lo desea.

**III. Sus Derechos Relacionados con la Información sobre su Salud**

Sujeto a ciertos límites legales, usted tiene derecho acerca el uso y el dar a conocer su información de salud incluyendo los derechos a:

- Requerir límites en los usos sobre su información de salud.
- Recibir comunicaciones confidenciales sobre su información de salud.
- Inspeccionar y copiar su información de salud.
- Requerir un cambio de su información de salud.
- Recibir un informe de cómo hemos utilizado y dado a otros su información de salud.
- Obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

**IV. Preguntas, Preocupaciones y Cambios a este Aviso**

Si tiene preguntas sobre la información en este Aviso de Prácticas de Privacidad, favor de comunicarse con la/el Director de la clínica a donde usted recibir su cuidado de salud.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja formal a nuestro centro comunitario de salud o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja formal a nuestro centro comunitario de salud , comuníquese con la/el Director de la clinica a donde usted recibir su cuidado de salud. Toda queja formal debe ser sometida por escrito. Sin embargo, nuestro Abogado de Paciente apoyará el proceso. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja formal.

Reservamos el derecho de cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en el futuro, incluyendo cambios que aplicarán a la información de salud suya que hemos creado o recibido antes de la fecha efectiva del cambio. Le notificaremos de cualquier cambio a nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad anunciando dichos cambios en nuestro centro comunitario de salud y en nuestra red de Internet.

**Valley-Wide Health Systems, Inc.**

**VERIFICACION DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, verifico haber recibido y leído una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad del Valley-Wide Health Systems, Inc.en este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_. También verifico que, al día de hoy, no tengo preguntas relacionadas con el Aviso de Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Nombre del Personal en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Dirección del Paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Paciente

*Correo Electrónico: Las comunicaciones del correo electrónico no son seguras. Si usted pide la información o la comunicación a través de correo electrónico, no podemos asegurar la confidencialidad o la seguridad de estas transmisiones.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
DOB