

# NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. SÍRVASE REVISARLA CUIDADOSAMENTE.

## I. Quiénes somos

La presente Notificación describe las prácticas de privacidad de su compañía de atención médica domiciliaria.

## II. Nuestras obligaciones sobre la privacidad

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su Información médica confidencial (Protected Health Information, **PHI**), y a proporcionarle con la presente Notificación nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación a su PHI, así como notificar a las personas afectadas luego de una violación de la PHI no asegurada. Cuando usamos o divulgamos su PHI, estamos obligados a cumplir con los términos de la presente Notificación (o cualquier otra Notificación vigente al momento de su uso o divulgación).

## III. Usos y divulgaciones permitidos sin su autorización por escrito

En determinadas situaciones, que describiremos en la Sección IV, debemos obtener su autorización por escrito a fin de usar y/o divulgar su PHI. Sin embargo, no requerimos de su autorización para los siguientes usos y divulgaciones:

**A. Usos y divulgaciones para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su PHI, pero no su “**Información altamente confidencial**” (definida en la Sección IV, D), a fin de brindarle tratamiento, obtener el pago por el equipo y los servicios que se le proporcionan, y dirigir nuestras “operaciones de atención médica”, tal como se detalla a continuación:

- **Tratamiento.** Nosotros usamos y divulgamos su PHI para poder brindarle tratamiento y otros servicios; por ejemplo, tratamiento para sus lesiones o enfermedades. Además, podemos ponernos en contacto con usted para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento, u otros beneficios relacionados con su salud y servicios que le puedan interesar. También podemos divulgar su PHI a otros proveedores que estén involucrados en su tratamiento.
- **Pagos.** Nosotros podemos usar y divulgar su PHI para obtener el pago del equipo y los servicios que le proporcionamos; por ejemplo, divulgar para reclamar y obtener el pago de parte de su aseguradora de salud, HMO u otra compañía que gestione o realice el pago del costo de alguna parte o de toda su atención médica (“**Su pagador**”). También podemos usar y divulgar su PHI para verificar que Su Pagador cubrirá los gastos de la atención médica, incluyendo divulgaciones a la base de datos de elegibilidad de Su Pagador.
- **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar

su PHI para nuestras operaciones de atención médica, las que incluyen la administración y planificación interna, así como diversas actividades que mejoran la calidad y rentabilidad de la atención que le brindamos. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar la calidad y competencia de nuestros médicos y otros trabajadores del área de salud.

También podemos revelar su PHI a sus otros proveedores de atención médica cuando ésta es necesaria para que le brinden tratamiento, para recibir los pagos por los servicios prestados o para llevar a cabo determinadas operaciones de atención médica, tales como la evaluación de la calidad y actividades para mejoras, revisión de la calidad y competencia de los profesionales de atención médica, o para la detección de fraude y abuso en la atención médica así como el cumplimiento de la misma.

**B. Divulgación a familiares, amigos cercanos y otros proveedores de atención.** Podemos usar o divulgar su PHI a un miembro de familia, a otro pariente o a un amigo cercano, o a cualquier otra persona que usted identifique estando presente, o de lo contrario, disponible antes de la divulgación, si: (1) obtenemos su consentimiento, (2) le damos la oportunidad de objetar la divulgación y usted no se opone, o (3) inferimos de manera razonable que usted no se opone a la divulgación. Si usted no está presente, o la oportunidad de aceptar u oponerse al uso o divulgación de su información no puede llevarse a cabo debido a su incapacidad o a una circunstancia de emergencia, podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si divulgamos información a un miembro de la familia, a otro pariente o a un amigo cercano, solo divulgaríamos aquella información que creemos que es directamente relevante a la participación de dicha persona en su atención médica o en el pago relacionado con su atención médica. También podemos divulgar su PHI a fin de notificar (o ayudar a notificar) a dichas personas sobre su ubicación, condición general o muerte.

**C. Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI para las siguientes actividades de salud pública: (1) para reportar información médica a las autoridades de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) para reportar casos de abuso infantil y negligencia a las autoridades de salud pública u otras autoridades gubernamentales autorizadas por ley para recibir dichos reportes, (3) para reportar información sobre productos y servicios bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. [U.S. Food and Drug Administration], (4) para alertar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, y (5) para reportar información a su empleador, tal como lo exigen las leyes sobre enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o las de vigilancia médica laboral.

**D. Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Si tenemos razones para creer que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su PHI a una autoridad

gubernamental, incluyendo a un servicio social o una agencia de servicios de protección, autorizadas por la ley para recibir los reportes sobre abuso, negligencia o violencia doméstica.

- E. Actividades de vigilancia de la salud.** Podemos divulgar su PHI a una agencia de vigilancia de la salud que supervise el sistema de atención médica y que tenga la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de las reglas de los programas gubernamentales de salud, tales como Medicare o Medicaid.
- F. Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en el curso de un procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden judicial o a otros procesos legales.
- G. Funcionarios de las fuerzas del orden.** Podemos divulgar su PHI a la policía u otros funcionarios de las fuerzas del orden, según se requiera o lo permita la ley, así como en cumplimiento de una orden judicial, o de una citación administrativa o de un gran jurado.
- H. Difuntos.** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico autorizado por la ley.
- I. Obtención de órganos y tejidos.** Podemos divulgar su PHI a organizaciones que facilitan la obtención, el almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- J. Investigación.** Podemos usar o divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización si una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad aprueba una exención de autorización para la divulgación.
- K. Salud o seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público en general.
- L. Funciones gubernamentales especializadas.** Podemos utilizar y divulgar su PHI a unidades del gobierno con funciones especiales, como los servicios militares de los EE.UU. o el Departamento de Estado de los EE.UU. bajo determinadas circunstancias.
- M. Indemnización laboral.** Podemos divulgar su PHI, conforme se autorice y hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes estatales relativas a la indemnización laboral u otros programas similares.
- N. Según lo requiera la ley.** Podemos usar y divulgar su PHI cuando sea requerido por cualquier otra ley que no se haya citado en las categorías anteriores.

## IV. Usos y divulgaciones que requieren su autorización por escrito

- A. Uso o divulgación con su autorización.** Para cualquier propósito diferente a los descritos en la Sección III, podemos usar o divulgar su PHI cuando usted nos conceda su autorización por escrito (“**Su Autorización**”). Por ejemplo, usted tendrá que firmar una autorización antes de que podamos enviar su PHI a su compañía de seguros de vida o al abogado que representa a la otra parte en un litigio en el que usted está involucrado.
- B. Marketing.** También debemos obtener su autorización por escrito antes de usar su PHI para enviarle cualquier material de

(continúa)

## NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD *(continuación)*

marketing (“Su Autorización de Marketing”). Sin embargo, podemos comunicarnos con usted sobre los productos o servicios relacionados con su tratamiento, manejo del caso o coordinación de la atención, así como de tratamientos alternativos, terapias, proveedores o centros de atención, sin Su Autorización de Marketing, a menos que recibamos una remuneración financiera de un tercero cuyo producto o servicio se describa a cambio de realizar dicha comunicación. Además, podemos proporcionarle materiales de marketing en un encuentro cara a cara sin obtener Su Autorización de Marketing. También se nos permite darle un regalo promocional de valor nominal, si así lo deseamos, sin obtener Su Autorización de Marketing.

- C. **Venta de la PHI.** Salvo ciertas excepciones, debemos obtener Su Autorización para toda divulgación de su PHI en caso recibamos una remuneración a cambio de la misma por parte de o a nombre del receptor de la PHI.
- D. **Usos y divulgaciones de su Información altamente confidencial (Highly Confidential Information, HCI).** Además, las leyes federales y estatales requieren protecciones especiales de privacidad para cierta información altamente confidencial sobre su persona (“Información Altamente Confidencial”). Cumpliremos con dichas protecciones de privacidad especiales que pueden cubrir la parte de su PHI que trata sobre: (1) la salud mental y los servicios de discapacidades del desarrollo; (2) la prevención del abuso de alcohol y del uso indebido de drogas, los tratamientos y las derivaciones; (3) las pruebas de VIH/SIDA, su diagnóstico o tratamiento; (4) alguna(s) enfermedad(es) venérea(s); (5) pruebas genéticas; (6) el abuso y la negligencia de menores; (7) el abuso doméstico de un adulto con alguna discapacidad; (8) el asalto sexual; o (9) el aborto.

### V. Sus derechos con respecto a su PHI

- A. **Para mayor información; Reclamamos.** Si usted desea mayor información sobre sus derechos de privacidad, le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su PHI, puede comunicarse con nuestro Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente. También puede presentar un reclamo por escrito al Director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. A su solicitud, el Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente le proporcionará la dirección del Director. No tomaremos represalia alguna en su contra por presentar un reclamo ante nosotros o ante el Director.
- B. **Derecho a solicitar restricciones.** Usted puede solicitar restricciones sobre nuestro uso y divulgación de su PHI: (1) para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, (2) a personas (tales como un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted) que participan en su cuidado o en el pago relacionado

con su cuidado, o (3) para notificar o asistir en la notificación a dichas personas sobre su ubicación y condición general. Aunque consideraremos todas las solicitudes de restricciones cuidadosamente, no estamos obligados a aceptar una solicitud de restricción, excepto que debamos aceptar una solicitud para restringir la divulgación de la PHI a un plan de salud si: (1) la divulgación es a efectos de realizar un pago u operaciones de atención médica y no está obligado por la ley; y (2) el PHI se refiere únicamente a un elemento o servicio de atención médica, para el cual el profesional de la salud involucrado ya ha recibido el pago total de su parte. Si usted desea solicitar restricciones, sírvase enviar una solicitud por escrito al Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente. El formulario para solicitar restricciones está disponible a su petición en el Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente.

- C. **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.** Usted puede solicitar, y nosotros nos acomodaremos, a cualquier solicitud razonable para que usted reciba su PHI por medios de comunicación alternativos o en lugares alternativos.
- D. **Derecho a revocar Su Autorización.** Usted puede revocar Su Autorización, Su Autorización de Marketing o cualquier autorización por escrito que nos haya entregado en conexión con su Información altamente confidencial, salvo en la medida que hayamos tomado acciones de seguridad sobre ella, mediante el envío de una declaración de revocación por escrito al Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente identificado a continuación. El formulario para la revocación por escrito está disponible a su petición en el Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente.
- E. **Derecho a revisar y copiar su información de salud.** Usted puede solicitar el acceso a su expediente médico y a los registros de facturación que tenemos, con el fin de inspeccionar y solicitar copias de dichos registros. Bajo circunstancias limitadas, podemos negar su acceso a parte de sus registros. Si usted desea acceder a sus registros, sírvase enviar una solicitud por escrito al Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente. Puede obtener un formulario de solicitud del registro en el Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente. Usted puede solicitar verbalmente una cantidad limitada de copias de sus registros médicos o de sus facturaciones (por ejemplo, una receta). Sin embargo, podemos requerir que presente una solicitud por escrito al Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente.
- F. **Derecho a corregir sus registros.** Usted tiene el derecho de solicitar la corrección de la PHI que consta en su expediente médico o sus registros de facturación. Si usted desea corregir sus registros, sírvase enviar una solicitud por escrito para la corrección, incluyendo la razón para ello, al Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente. Puede obtener un formulario para solicitar una modificación en el Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente. Nosotros cumpliremos con su solicitud, a menos que creamos que la información a ser modificada es precisa y

- completa, o que se aplican otras circunstancias especiales.
- G. **Derecho a recibir un informe sobre las divulgaciones.** A su solicitud, es posible obtener un informe de ciertas divulgaciones que hemos realizado de su PHI durante el periodo de seis años anteriores a la fecha de su solicitud.
- H. **Derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación.** A su solicitud, es posible obtener una copia impresa de esta Notificación aun si ha acordado recibirla electrónicamente.

### VI. Fecha de vigencia y duración de la presente Notificación

- A. **Fecha de vigencia.** La presente Notificación está vigente a partir del 16 de septiembre de 2013.
- B. **Derecho a cambiar los términos de esta Notificación.** Nos reservamos el derecho de, es decir, que podemos cambiar los términos de la presente Notificación en cualquier momento. Si cambiamos la presente Notificación, podemos hacer que los términos de la nueva Notificación sean efectivos para todas las PHI que mantenemos, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de emitir dicha Notificación. Si cambiamos esta Notificación, exhibiremos la nueva Notificación en las áreas de espera de nuestro establecimiento y en nuestro sitio en Internet. Asimismo, puede obtener cualquier Notificación nueva comunicándose con el Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente.

### VII. Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente

Puede comunicarse con el Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente a:

Departamento de Relaciones entre Médico y Paciente  
26220 Enterprise Court  
Lake Forest, California 92630  
Número de teléfono: 800.260.8808  
Número de fax: 949.587.0089



APRIA HEALTHCARE®