

**SISTEMA DE SALUD Y DE HOSPITALES DEL CONDADO DE COOK
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**EL PRESENTE AVISO LE INFORMA EN QUÉ FORMA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD
Y CÓMO PUEDE HACER PARA ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

POR FAVOR, REVISE CUIDADOSAMENTE.

NUESTRAS OBLIGACIONES. Estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de la *información protegida de salud* (PHI, por sus siglas en inglés).
- Proteger la privacidad de su PHI y hacerle llegar este Aviso.
- Cumplir los términos de nuestro Aviso, vigente actualmente.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Este documento describe las formas en que podemos usar y revelar PHI. Salvo en conformidad con las especificaciones de este Aviso, usaremos y revelaremos PHI únicamente con su autorización escrita. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento por escrito.

TRATAMIENTO. Podemos usar y compartir su PHI para brindar atención y servicios para usted. Por ejemplo, podemos revelar PHI a médicos, enfermeras u otros proveedores de salud, incluyendo personas que no formen parte del Sistema de Salud y de Hospitales del Condado de Cook (*Cook County Health & Hospitals System* -CCHHS, por sus siglas en inglés), pero que estén relacionadas con la atención de su salud y necesiten la PHI para su atención médica.

PAGO. Podemos usar y compartir su PHI para que nosotros u otras personas puedan recibir el pago por la atención y los servicios que le fueron brindados a usted. Por ejemplo, podemos comunicarnos con Medicare, Medicaid, su seguro médico u otra compañía o programa que disponga sobre el costo total o parcial de su atención de su salud o pague esos costos.

OPERACIONES DE ATENCIÓN DE SALUD. Podemos usar y revelar su PHI a los fines de operaciones de atención de salud. Estos usos y revelaciones son necesarias para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestros programas del sistema de atención de salud. Por ejemplo, podemos usar y revelar PHI para asegurarnos de que usted reciba atención de calidad. También podemos compartir PHI con otras instituciones que tengan relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus operaciones relacionadas con la atención de salud.

RECORDATORIOS DE CITAS MÉDICAS. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTOS Y BENEFICIOS Y SERVICIOS DE SALUD. Podemos usar y revelar PHI para comunicarnos con usted y recordarle que usted tiene una cita con nosotros. También podemos usar y revelar PHI para informarle acerca de alternativas de tratamiento o beneficios y servicios de salud que pueden ser de su interés.

SITUACIONES ESPECIALES

SEGÚN REQUERIMIENTOS LEGALES. Revelaremos PHI cuando lo requiera la legislación local, estatal, federal o internacional.

FAMILIARES Y AMIGOS. Podemos compartir su PHI con miembros de su familia, amigos u otra persona que usted indique que participa o ayuda a solventar sus cuidados de salud. Si usted está en una de nuestras instituciones, podemos informar a su familia o amigos cuál es su estado de salud. También podemos compartir información de su salud con una agencia de alivio de catástrofes para que su familia reciba información sobre su estado y paradero. Usted puede optar por no compartir esta información pero en ese caso, nos lo debe hacer saber.

AMENAZAS PARA LA SALUD O LA SEGURIDAD. Podemos usar y revelar PHI cuando resulte necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad pública o de otra persona. Las revelaciones, sin embargo, sólo se harán efectivas a alguna persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

EMERGENCIAS. Podemos usar o revelar PHI para brindar tratamiento en una situación de emergencia.

ASOCIADOS COMERCIALES. Podemos revelar PHI a nuestros socios comerciales que desempeñan funciones por cuenta nuestra o nos proporcionan servicios si la PHI es necesaria para dichas funciones o servicios. Todos nuestros asociados comerciales están obligados a proteger la privacidad de su PHI y no están autorizados a usar o revelar la PHI en cualquier otra forma fuera de la especificada en nuestro contrato.

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDO. Si usted es donante de órganos, podemos usar o revelar PHI a organizaciones que administran la ablación de órganos u otras agencias que participan en la ablación, banco o traslado de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación de órganos, ojos o tejido; y el trasplante.

MILITARES Y VETERANOS. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos usar la PHI según lo exijan las autoridades del comando militar. También podemos revelar PHI a la autoridad militar extranjera pertinente si usted es miembro de una fuerza militar extranjera.

COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. Podemos revelar PHI al sistema de compensación de los trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios en caso de lesiones o enfermedades laborales.

RIESGOS DE SALUD PÚBLICA. Podemos revelar PHI para llevar adelante actividades de salud pública. Para estas actividades, por lo general, es necesario revelar información para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; informar nacimientos y muertes; informar enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; informar abuso o abandono de menores; informar reacciones a medicamentos o problemas con algún producto; notificar a las personas el retiro del mercado de algún producto que puedan estar usando; informar acerca de alguna persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o estado de salud; e informar a la correspondiente autoridad de gobierno si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Sólo haremos estas revelaciones si está de acuerdo o cuando la legislación lo exija.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE SALUD. Podemos revelar PHI a una agencia de supervisión de salud para llevar adelante actividades legales. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, investigaciones, auditorías, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise los sistemas de salud pública, para la prestación de programas de gobierno y para dar cumplimiento a las leyes de derechos civiles. Si usted es parte de una acción legal o un conflicto, podemos revelar PHI en respuesta a un requerimiento judicial o administrativo. También podemos revelar PHI en respuesta a una citación de la justicia, solicitud de descubrimiento u otro procedimiento legal de otra parte que participe en el conflicto, pero sólo si se han arbitrado los medios para informarle a usted acerca del pedido o para obtener una orden de protección para la PHI solicitada.

CUMPLIMIENTO DE LA LEY. Podemos revelar PHI cuando haya sido solicitada por un oficial de un departamento de seguridad del gobierno, si la PHI es: (1) para responder a una orden judicial, citación, pedido de registro o procedimiento similar; (2) información que se limita a identificar o localizar a un sospechoso, prófugo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un delito aunque, bajo circunstancias muy limitadas, no podamos obtener el acuerdo de la persona; (4) sobre una muerte que consideramos puede ser el resultado de un acto delictivo; (5) sobre conductas delictivas llevadas a cabo en nuestros establecimientos; y (6) en una emergencia para informar un delito, el lugar de los hechos o la ubicación de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

FUNCIONARIOS, MÉDICOS FORENSES Y DIRECTORES DE CASAS FÚNEBRES. Podemos revelar PHI a un funcionario encargado de investigar muertes dudosas o a un médico forense. Quizá esto resulte necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar PHI a los directores de casas fúnebres, en la medida que resulte necesario para el ejercicio de sus funciones.

SEGURIDAD NACIONAL Y ACTIVIDADES DE INTELIGENCIA. Podemos revelar PHI a funcionarios autorizados del gobierno federal, contrainteligencia y otros organismos encargados de llevar adelante actividades relacionadas con la seguridad nacional y que tengan autorización legal para operar. También podemos revelar PHI a los funcionarios federales autorizados para que puedan llevar adelante su función de proteger al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado de gobiernos extranjeros, o para llevar adelante investigaciones especiales.

INFORMACIÓN QUE NO PERMITE LA IDENTIFICACIÓN PERSONAL. Podemos usar o revelar PHI sobre su persona en una forma que no comprometa su identidad ni revele quién es usted.

OTROS USOS Y REVELACIONES

No usaremos ni revelaremos su PHI por ningún motivo fuera de los descritos en las secciones anteriores si no contar con su autorización específica. Debemos obtener una Autorización suya, independiente de cualquier Consentimiento que pudiéramos haber obtenido de usted. Si usted nos da su Autorización para usar o revelar PHI sobre su persona, usted podrá revocar dicha Autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su Autorización, dejaremos de usar o revelar PHI sobre su persona por las razones incluidas en su Autorización escrita, pero no podremos recuperar ningún uso ni revelación que ya estuviese hecha con su permiso.

En Illinois, se requiere una autorización específica por escrito (diferente de la Autorización y el Consentimiento mencionados arriba) para revelar o dar a conocer historias clínicas que contengan información relacionada con tratamientos de salud mental, alcoholismo, abuso de sustancias o VIH/SIDA.

No usamos ni revelamos PHI con fines comerciales ni para actividades de investigación.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con la PHI que tenemos sobre su persona:

DERECHO A REVISAR Y OBTENER COPIAS. Usted tiene derecho a revisar y obtener copias de la PHI que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención o pago de su atención de salud. Esto incluye registros médicos y de facturación, fuera de las anotaciones de psicoterapia. Para inspeccionar y obtener copias de esta PHI, debe realizar un pedido por escrito dirigido a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Si usted solicita una copia de esta PHI, podemos aplicar un cargo en conformidad con lo autorizado por la legislación de Illinois. Podemos denegar su pedido en ciertas circunstancias limitadas. Usted puede solicitar la revisión de la denegación. Si dicha revisión se solicita conforme a derecho, elegiremos un profesional de atención de salud con licencia para que revise su pedido y nuestra denegación. La persona que realice la revisión no será la misma persona que rechazó su solicitud y se dará cumplimiento al resultado de la revisión.

DERECHO A MODIFICAR. Si considera que la PHI que tenemos es incorrecta o está incompleta, usted nos podrá solicitar que se corrija la información. Usted tiene derecho a solicitar una modificación durante el período en que la PHI se conserve en nuestra oficina, para nuestra oficina. Para solicitar una modificación, usted debe presentar un pedido por escrito dirigido a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Podemos rechazar su pedido en la medida permitida por la ley.

DERECHO A SOLICITAR UN RESUMEN DE REVELACIONES. Usted tiene derecho a solicitar una lista de algunas revelaciones de su PHI efectuadas con otros fines fuera de los terapéuticos, pago y operaciones de atención de salud, que no estén exceptuadas de incluirse en el resumen, o para las cuales usted proporcionó autorización por escrito. Para solicitar un resumen de modificaciones, usted debe presentar un pedido por escrito dirigido a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Podemos aplicar un cargo por los costos que acarrea la preparación de la lista. Le notificaremos el costo que deberá abonar y podrá elegir si retirar o modificar su pedido en ese momento antes de incurrir en costo alguno.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la PHI que usamos o revelamos con fines terapéuticos, de pago o de atención de la salud. También tiene derecho a solicitar un límite de la PHI que revelamos a alguna persona que participa en la atención de su salud o en el pago de sus cuidados de salud, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que no compartamos información con su esposa acerca de un diagnóstico o tratamiento en particular. Para solicitar una restricción, usted debe presentar un pedido por escrito dirigido a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. No estamos obligados a satisfacer su pedido. Si aceptamos, cumpliremos con su pedido salvo que la PHI sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia.

DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre temas médicos en una determinada forma o en un determinado lugar. Por ejemplo, usted puede solicitarnos que sólo nos comuniquemos con usted por correo o en el lugar de trabajo. Para solicitar comunicación confidencial, usted debe presentar un pedido por escrito dirigido a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Su pedido deberá especificar cómo y dónde desea que nos pongamos en contacto con usted. Atenderemos todos los pedidos razonables.

DERECHO A RECIBIR UNA COPIA EN PAPEL DE ESTE AVISO. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Nos puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia en papel, comuníquese con The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612

MODIFICACIONES A ESTE AVISO. Nos reservamos el derecho a modificar este Aviso y hacer que el nuevo Aviso se aplique a la PHI que ya tenemos en nuestro poder como así también a toda información que recibamos en el futuro. En nuestra oficina se exhibirá una copia del Aviso en vigencia. El Aviso incluirá la fecha efectiva de vigencia en la primera página, debajo del título del documento.

RECLAMOS

Si considera que se han violado sus derechos a privacidad, puede presentar un reclamo ante el CCHHS o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los reclamos que se presenten ante el CCHHS, deben dirigirse a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Todos los reclamos deben presentarse en forma escrita. Usted no será pasible de ninguna sanción por presentar un reclamo.