

explicación de su(s) motivo(s) para la modificación. La solicitud se debe enviar en el formulario adecuado al Departamento de Administración de Información de Salud o al gerente de la clínica donde recibió tratamiento.

- **Derecho a un informe de divulgaciones**
Usted tiene derecho a solicitar un informe de divulgaciones. Este informe de divulgaciones no incluye divulgaciones realizadas con respecto a su tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tampoco incluye divulgaciones realizadas a usted o solicitadas por usted, o que usted autorizó. Debe enviar su solicitud para un informe por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud o al gerente de la clínica donde recibió atención. Su solicitud debe establecer el período de tiempo que se limita a los seis años anteriores a la fecha de la solicitud. La primera solicitud de un informe de divulgaciones se le proporcionará sin cargo. Podemos cobrarle por solicitudes de informes adicionales realizadas dentro de un período de 12 meses.
- **Derecho a solicitar restricciones**
Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información de salud que usemos o divulguemos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos, a menos que la información que se necesite para proporcionar tratamiento de emergencia, sea requerida por ley o de otro modo se requiera para divulgación según se indique en este aviso. Debe realizar su solicitud para restricciones por escrito a la Oficina de Privacidad de UF Health Shands o a la Oficina de Privacidad de UF. Su solicitud debe incluir qué información desea limitar y cómo desea que se apliquen los límites. Usted tiene derecho a restringir las divulgaciones de información de salud realizadas por un plan de salud cuando los cargos por servicios se hayan pagado en su totalidad antes de proporcionarse. Se aplican ciertas limitaciones.
- **Derecho a elegir cómo comunicarnos con usted**
Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una determinada manera o en un determinado lugar.

Por ejemplo: puede pedir que solo nos comuniquemos con usted al trabajo o por correo. Debe realizar su solicitud para comunicaciones alternativas por escrito al supervisor de Admisiones en UF Health Shands o a los supervisores o gerentes de clínica de UF. No le preguntaremos el motivo de su solicitud, y realizaremos las adaptaciones para las solicitudes razonables.

- **Derecho a una copia en papel de este aviso**
Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso de UF Health Shands o de cualquier clínica de UF. Puede obtener una copia electrónica de este aviso de nuestros sitios web en: <https://ufhealth.org/patient-care> o www.privacy.health.ufl.edu.
- **Derecho a un aviso de incumplimiento**
Usted tiene derecho y de hecho recibirá un aviso en el caso de una violación de su información de salud protegida no asegurada, a menos que esa notificación quede exenta por ley.

QUEJAS

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros. No será sancionado ni se le negarán servicios por presentar una queja. Para presentar una queja de privacidad ante UF Health Shands, comuníquese con la Oficina de Privacidad a, P.O. Box 103175, Gainesville, FL 32610-3175, o llame al 1-866-682-2372. Para presentar una queja de privacidad antes UFHSC o UF Clinics, comuníquese con la Oficina de Privacidad de UF a P.O. Box 113210, Gainesville, FL 32611 o llame al 1-866-876-4472. Todas las quejas se deben enviar por escrito en el formulario adecuado que está disponible en nuestro sitio web: www.privacy.health.ufl.edu. Para presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales, visite el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles en www.hhs.gov/ocr.

*Las clínicas y consultorios médicos de University of Florida, Florida Clinical Practice Association, University of Florida Jacksonville Physicians, Inc., University of Florida Jacksonville Healthcare, Inc., University of Florida Colleges of Medicine, Nursing, Health Professions, Dentistry and Pharmacy, University Proton Therapy Institute y otros proveedores de atención médica afiliados, incluidos todos los empleados, voluntarios, personal y otro personal de servicios de salud de University of Florida.



AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DEL ACUERDO DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADA

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con la Oficina de Privacidad de UF Health Shands o con la Oficina de Privacidad de University of Florida a la información de contacto que figura a continuación.

Oficina de Privacidad de UF Health Shands: 1-866-682-2372

Oficina de Privacidad de University of Florida: 1-866-876-4472

NUESTRO DEBER LEGAL DE PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD

Entendemos que su información de salud es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de atención y servicios que usted recibe en UF Health Shands o en University of Florida Health Science Center (UFHSC) para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por UF Health Shands y/o UFHSC, ya sea que estén elaborados por el personal del hospital, el cuerpo docente de University of Florida, el personal, los estudiantes o su médico personal. Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud y proporciona ejemplos según sea necesario. Este Aviso también describe sus derechos con respecto a su información de salud.

La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud, proporcionar a las personas avisos de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud, y cumplir los términos del aviso actualmente en vigencia.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y este aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho a hacer vigente el aviso revisado para la información médica sobre usted que ya tengamos, así como también cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en todos

nuestros establecimientos.

AVISO DEL ACUERDO DE ATENCIÓN DE SALUD ORGANIZADA

UF Health Shands, que para los fines de este aviso incluye Shands Teaching Hospital y Clinics, Inc., Shands Jacksonville Medical Center, Inc. y UFHSC, junto con las clínicas de UFHSC* y otros proveedores de atención médica afiliados, han acordado, según lo permite la ley, compartir su información de salud entre ellos para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Este acuerdo nos posibilita ocuparnos mejor de sus necesidades de atención médica en el entorno integrado dentro de los proveedores de atención médica de University of Florida y UF Health Shands.

Las organizaciones participantes en el Aviso Conjunto participan solo para los fines de proporcionar este Aviso Conjunto y compartir información médica según lo permita la ley aplicable. De ningún modo estas organizaciones proporcionan servicios de atención médica mutuamente o en nombre de cada uno. UF Health Shands y University of Florida son proveedores de atención médica separados y cada uno es individualmente responsable de sus propias actividades, incluido el cumplimiento con las leyes de privacidad y todos los servicios de atención médica que provee.

DE ACUERDO CON LA LEY ESTATAL Y FEDERAL, PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN SU PERMISO POR ESCRITO EN LAS

(continuación)

SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

Podemos usar y divulgar su información de salud para **proporcionarle tratamiento médico a usted y coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados**. Esto puede incluir comunicarse con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y coordinar y administrar su atención médica con los demás. Por ejemplo: podemos usar y divulgar su información de salud cuando necesite análisis de laboratorio o una radiografía. También podemos usar y divulgar su información de salud al derivarlo a otro proveedor de atención médica o al recomendarle alternativas de tratamiento.

Podemos usar y divulgar su información de salud para **facturar y recibir pagos por los servicios proporcionados**. Por ejemplo: se le puede enviar una factura a usted o a su compañía de seguros. Los cargos que figuran en su factura o que la acompañan pueden incluir información que lo identifique además de su diagnóstico, procedimientos y suministros usados para que su plan de salud pague la factura médica. También podemos informar a su plan de salud sobre el tratamiento que usted espera recibir para obtener la aprobación previa o determinar si su plan de salud pagará ese tratamiento.

Podemos usar y divulgar su información de salud para **operaciones de atención médica**. Usaremos su información de salud para operaciones regulares del hospital y las clínicas a fin de proporcionar atención de calidad a los pacientes. Por ejemplo: Los integrantes del personal médico, el equipo de gestión de riesgos o el equipo de mejora de calidad, incluidas las Organizaciones para la Seguridad de los Pacientes (Patient Safety Organizations, PSO) pueden usar información de su registro de salud para evaluar la atención que recibe y los resultados de su tratamiento. También podemos divulgar información a los médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de UFHSC para fines de revisión y enseñanza.

También podemos usar y divulgar su información de salud:

- Cuando sea necesario a fin de **evitar una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y la seguridad** del público u otra persona.
- A **organizaciones que facilitan la donación y trasplante** de tejidos y/u órganos.
- A **funcionarios autorizados** cuando **la ley federal, estatal o local así lo requiera**.

- En respuesta a una **citación judicial, orden del tribunal u otra orden administrativa**.
- Según lo requiera la ley para **actividades de salud pública**. Por ejemplo: evitar o controlar enfermedades, informar nacimientos o muertes, e informar sobre abuso y negligencia.
- Para **actividades** autorizadas de **compensación de los trabajadores**.
- A **agencias de supervisión de salud**. Por ejemplo: agencias para el cumplimiento con requisitos de licencia o de acreditación.
- A **forenses, examinadores médicos o directores de funerarias** para que lleven a cabo sus tareas.
- Según lo exijan **autoridades de comando militar**, si usted es miembro de las fuerzas armadas.
- A nuestros **asociados de negocios** para que lleven a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica en nuestro nombre. Por ejemplo: podemos divulgar información de salud sobre usted a una compañía que factura a compañías de seguros por nuestros servicios.
- Para **investigación o para recopilar información en bases de datos** para usar más adelante en investigación. Todos los proyectos de investigación son revisados y aprobados por un comité de revisión independiente para proteger la privacidad de su información de salud.
- A una **institución correccional que tiene su custodia legal** según sea necesario para su salud y la seguridad de los demás.

También podemos usar y divulgar su información para actividades de recaudación de fondos a fin de recaudar dinero para UF Health Shands o UFHSC y sus operaciones. Si no desea que se comuniquen con usted para esfuerzos de recaudación de fondos, debe notificar a la Oficina de Privacidad de UF Health Shands o a la Oficina de Privacidad de University of Florida.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

La información referente a **alcohol, abuso de drogas, notas de psicoterapia e información de tratamiento psiquiátrico** puede tener protecciones de privacidad especiales. No divulgaremos ninguna información de salud que identifique a una persona como paciente ni proporcionaremos información relacionada con el abuso de sustancias o tratamiento psiquiátrico de un paciente a menos que:

1. Usted o su representante personal de su

consentimiento por escrito.

2. Una orden del tribunal exija la divulgación.
3. Personal médico necesite información para tratarlo en una emergencia médica.
4. Personal calificado use la información para actividades de operaciones o investigación.
5. Sea necesario informar un delito o una amenaza respecto de cometer un delito.
6. Haya que informar sobre abuso o negligencia según lo exige la ley.

USTED PUEDE NEGARSE A PERMITIR CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su información de salud en las siguientes circunstancias:

- **Directorios de hospital**. Podemos compartir su nombre número de habitación y afección en nuestras listas de pacientes con miembros del clero o personas que pregunten de usted por su nombre. También podemos compartir su afiliación religiosa con miembros del clero.
- **Las personas que intervienen en su atención o en el pago de su atención**. Podemos usar o divulgar información a un familiar, un representante legal u otras personas que intervienen o son responsables de su atención o del pago de su atención.
- **Circunstancias de emergencia o alivio de desastre**. Podemos divulgar información sobre usted a una agencia que ayuda en un esfuerzo de alivio de desastre para notificar a su familia de su ubicación y condición general. Aunque se oponga, aún podemos compartir la información de salud sobre usted, si fuera necesario en circunstancias de emergencia.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD QUE REQUIEREN SU PERMISO POR ESCRITO

Otros usos y divulgaciones de la información de salud no cubiertos por este aviso o la ley aplicable se llevarán a cabo únicamente con su permiso por escrito. Si da su permiso para usar y divulgar información de salud, puede revocar ese permiso en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información de salud sobre usted por los motivos cubiertos por su revocación. No podemos retirar ninguna divulgación ya realizada con su permiso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud sobre usted que conservamos:

- **Derecho a ver y obtener copias de su información de salud**

Usted tiene derecho a ver y obtener copias de su información de salud usada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, se incluyen registros médicos y de facturación, y se excluyen las notas de psicoterapia.

Para ver y copiar su información de salud, debe enviar su solicitud por escrito en el formulario adecuado al Departamento de Administración de Información de Salud o al gerente de la clínica. Podemos aplicar un cargo por los costos de copiado, envío u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de ver y obtener copias de su información de salud en determinadas y muy limitadas circunstancias. Usted tiene derecho a apelar la denegación.

- **Derecho a modificación**

Si considera que su información de salud y facturación es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la corriamos. Podemos denegar su solicitud si:

- 1) La información no fue generada por nosotros.
- 2) La información no es parte de los registros usados para tomar decisiones sobre su atención.
- 3) Consideramos que la información es correcta y está completa.
- 4) Usted no tiene derecho a revisar partes de la historia clínica bajo ciertas circunstancias.

Le informaremos por escrito los motivos de la denegación y describiremos sus derechos para entregarnos una declaración por escrito en la que exprese su desacuerdo con la denegación.

Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a los demás sobre la modificación, según sea necesario, incluidas las personas que usted nombre que hayan recibido información sobre usted y que necesiten la modificación. Su solicitud debe ser por escrito e incluir una

(continuación)