

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA NORTHEAST MISSOURI HEALTH COUNCIL, INC.

Fecha de vigencia: 1ro de Enero del 2024

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD
ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED
PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor comuníquese con el director de Privacidad al teléfono (660) 627-5757.

QUIÉN CUMPLIRÁ ESTE AVISO

Las clínicas Northeast Missouri Health Council Clinics identificadas como, Northeast Dental, Kahoka Dental, Macon Dental, Northeast Family and Behavioral Health, Kirksville Veteran's Clinic, OB/GYN Specialty Group, Northeast Pediatrics, Northeast Family Health of Milan, Northeast Family Health of Edina, Macon Family Health, Centro de Salud Comunitario de Memphis, la junta directiva, administración, oficina comercial, y el personal contratado.

Este aviso describe nuestras prácticas de privacidad. Estamos afiliados con: Northeast Missouri Health Council, Inc. Todas estas entidades, sitios y ubicaciones siguen los términos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir información de salud entre sí para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidados médicos descritos en este aviso.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

Comprendemos que la información médica y su cuidado médico es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Creamos un registro de los servicios de cuidado que recibe de nosotros. Necesitamos este registro para proporcionarle cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su cuidado hechos por este consultorio, ya sea que hayan sido realizados por su médico personal u otras personas que trabajan en esta oficina. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar información médica sobre usted. Este aviso también describe sus derechos a la información médica que mantenemos sobre usted y describe ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su información médica.

Por ley, estamos obligados a:

- asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga confidencial;
- darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica sobre usted y sobre NORTHEAST MISSOURI HEALTH COUNCIL, INC.
- cumplir los términos del aviso que está actualmente en vigor

DE QUÉ MANERA PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que utilizamos y divulgamos la información médica. Para cada categoría de uso o divulgaciones, le explicaremos a qué nos referimos y trataremos de dar algunos ejemplos. No todos los usos o divulgaciones en una categoría serán enumerados. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías.

Tratamiento: Puede que usemos su información médica para brindarle tratamiento o servicios de cuidados de salud. Puede que divulguemos su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que esté involucrado en su cuidado. Puede ser que trabajen en nuestras oficinas, en el hospital si usted está hospitalizado bajo nuestro cuidado, o en el consultorio de otro médico, laboratorio, farmacia u otro proveedor de salud al que lo hayamos podido referir para una consulta, para hacerse radiografías, para realizar exámenes de laboratorio, para surtir recetas o para otros motivos de tratamiento. Por ejemplo, un médico que lo está atendiendo por una pierna rota puede requerir saber si tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, es posible que el médico deba informar al dietista del hospital si usted tiene diabetes para que se puedan recomendar comidas apropiadas. También podríamos divulgar su información

Revisado 1/1/2024

médica a una entidad que esté asistiendo en ayuda de desastres para que se pueda notificar a su familia sobre su condición, estado y ubicación.

Nuestros proveedores pueden usar una aplicación móvil para dictar/ transcribir/ tecnología de escucha ambiental para documentar un encuentro de visita. En el dispositivo no se guarda ninguna información del dictado/ transcripción/ escucha ambiental, solo se envía el expediente a su expediente médico electrónico y se guarda allí con cualquier otra documentación de un encuentro.

Pago: Puede que usemos y divulguemos su información médica para que el tratamiento y los servicios que reciba de nosotros puedan ser facturados y recibir el pago de una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que le demos información sobre su visita al consultorio a su plan de salud para que su plan de salud nos pague o le reembolse la visita. También puede que informemos a su plan de salud sobre algún tratamiento que vaya a recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Funcionamiento de atención de salud: Puede que usemos y divulguemos su información médica para las operaciones de nuestro consultorio médico. Esta información y divulgaciones son necesarias para administrar nuestro consultorio y asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, puede que usemos su información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal hacia sus cuidados. Puede que también combinemos información médica de muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no se necesitan, si es que ciertos tratamientos nuevos son efectivos, o para comparar cómo atendemos a los demás y ver dónde podemos hacer mejoras. Puede que retiremos del grupo de información médica, la información que lo identifica a usted para que terceros puedan usarla para estudiar cómo se brindan los servicios médicos sin saber específicamente quiénes son nuestros pacientes.

Recordatorios de citas:

Por favor, avísenos si no desea que nos pongamos en contacto con usted en referencia a su cita, o si desea que utilicemos un número de teléfono o dirección diferente para contactarlo con ese fin.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, puede que usemos y divulguemos su información médica para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede que compare la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro para la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa una propuesta de proyecto de investigación y el uso de la información médica tratando de hacer un equilibrio entre la necesidad de investigación con la necesidad de privacidad de los pacientes en referencia a su información médica. Antes de que utilicemos o divulguemos información médica para la investigación, el proyecto ya habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de la investigación. Puede ser que divulguemos su información médica a las personas encargadas de llevar a cabo el proyecto de investigación. Por ejemplo, podemos ayudar a los posibles investigadores a buscar pacientes con necesidades de salud específicas, siempre y cuando la información médica que evalúan no salga de nuestras instalaciones. Por lo general, casi siempre le pediremos específicamente su permiso si es que el investigador tiene que tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o si estará involucrado en su cuidado.

Según lo exija la ley: Divulgaremos información médica sobre usted, según la ley federal, estatal o local lo exija.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad: Cuando sea necesario, puede que usemos y divulguemos su información médica para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación, solo se daría a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Asociados de negocios: Puede ser que divulguemos su información médica a nuestros asociados de negocios que realizan actividades de nuestra parte o nos brindan servicios si es que la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, puede que utilicemos otra empresa para realizar nuestros servicios

de facturación. Todos nuestros asociados de negocios están obligados a proteger la privacidad de su información y no están permitidos de utilizar o divulgar ninguna información que no esté especificada en nuestro contrato.

Donación de órganos y tejido: Si usted es un donante de órganos, puede que usemos o divulguemos información médica a organizaciones que se ocupan de obtener órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, bancos o transporte de órganos, ojos o tejido para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Militares y veteranos: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, está retirado o dado de baja de los servicios militares, puede ser que divulguemos su información médica según es requerido por las autoridades de comando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Puede que también divulguemos información médica sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Compensación laboral: Puede que divulguemos su información médica para compensación laboral o para programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo.

Riesgos a la salud pública: Puede ser que divulguemos información médica sobre usted para actividades de salud pública.

Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- para reportar nacimientos y defunciones;
- para reportar abuso o negligencia infantil;
- para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- para notificar a las personas sobre los productos que han sido retirados y que puedan estar usando;
- para notificar a la persona u organización requerida para recibir información sobre productos regulados por la FDA;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- para notificar la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo divulgaremos esto si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión sanitaria: Puede que divulguemos información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión incluyen, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención sanitaria, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Para propósitos de notificación de brechas de datos: Puede que usemos o divulguemos su información médica protegida para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado o divulgación de su información médica.

Demandas y disputas: Si está involucrado en una demanda o una disputa, puede que divulguemos información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Puede ser que también divulguemos su información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa. Esto solo ocurre si hubo esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Organismos de seguridad: Puede que divulguemos información médica si un oficial de orden público así lo solicita:

- en reportar ciertas lesiones de predadores de delito, según lo requiera la ley, como heridas de bala, quemaduras y lesiones;
- en respuesta a una orden judicial, citación, orden, orden de comparecencia o algún proceso similar;

- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida:
 - Nombre y dirección;
 - Fecha de nacimiento o lugar de nacimiento;
 - Número de seguro social;
 - Grupo sanguíneo o factor Rh;
 - Tipo de lesión;
 - Fecha y hora del tratamiento y / o deceso, si corresponde; y
 - Una descripción de las características físicas distintivas.
 - sobre la víctima del delito, si la víctima acepta revelar, o bajo ciertas circunstancias limitadas, si no podemos obtener el acuerdo de la persona;
 - sobre el deceso que creemos que pueda ser el resultado de una conducta criminal;
 - sobre conducta criminal en nuestra instalación; y
 - en circunstancias de emergencia, para reportar un crimen o la ubicación del crimen o de las víctimas;
- o para identificar, la descripción, o la ubicación de la(s) persona(s) que cometieron el delito.

Médicos forenses, examinadores médicos, y directores funerarios: Puede que divulguemos información médica a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Si es necesario, puede que también divulguemos información médica a los directores de funerarias sobre los pacientes para que lleven a cabo sus deberes.

Actividades de seguridad nacional y de inteligencia: Puede que divulguemos información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el presidente y otros: Puede que divulguemos su información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o jefes de estado; o para realizar investigaciones especiales.

Reclusos: Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de la ley, puede que divulguemos su información médica a la institución correccional o al funcionario de la ley. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

USOS Y DIVULGACIONES QUE NOS REQUIEREN QUE LE DEMOS A USTED LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR

Personas involucradas en su cuidado o pagos por su cuidado: Al menos que usted se oponga, puede ser que divulguemos a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o a cualquier otra persona que usted asigne, su Información médica protegida que directamente tenga que ver con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede estar de acuerdo y se opone a dicha divulgación, puede que divulguemos dicha información según sea necesario si es que determinamos que es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional.

Intercambio de Información Médica Electrónica (es decir, TIGER)

Puede que compartamos información médica sobre usted con otros proveedores de atención médica, oficinas de compensación de cuidados de salud y planes de salud que participen con nosotros en un intercambio electrónico de atención médica (HIE). Nuestros proveedores de atención médica están conectados por un registro médico electrónico. Cuando acude a un proveedor externo, puede que compartamos/accesemos a sus registros a través de un dispositivo electrónico, HIE. Antes de que existiera un HIE, los proveedores y planes de salud, intercambiaban información médica directamente por medio de entrega a mano, correo, fax o correo electrónico. Este proceso tomaba mucho tiempo, era costoso y no era seguro. El HIE electrónico cambia este proceso. La tecnología permite a un proveedor o plan médico presentar una sola solicitud a través de un HIE para obtener registros electrónicos para un paciente específico entre otros participantes del HIE. El proveedor debe tener suficiente información personal sobre usted para demostrar que tiene una relación profesional de tratamiento con usted antes de que el HIE permita acceso a su información. No se requiere ninguna medida para permitir que las personas autorizadas accedan a su información médica

electrónica. Leyendo este aviso y no optando de no participar, su información estará disponible a través del HIE.

Si usted no desea compartir información con proveedores a través de un HIE, debe optar por no participar. El participar en un HIE no es una condición requerida para recibir atención médica. Su decisión de restringir el acceso a su información médica electrónica a través del HIE no afecta otras divulgaciones de su información médica. Sin su autorización por escrito, los proveedores y planes médicos pueden continuar compartiendo su información directamente a través de otros medios (como fax o correo electrónico seguro). Si desea optar por no participar con el HIE, notifique al asistente de la recepción, el cual le proporcionará el formulario de no participación.

Programa ePrescribe (historial electrónico de medicamentos):

ePrescribing es una manera para que un proveedor envíe electrónicamente desde la clínica a la farmacia, una receta(s) médica con precisión, libre de errores y comprensible.

El programa de ePrescribe también permite lo siguiente:

Historial de medicamentos-Proporciona al proveedor de atención médica información sobre sus recetas actuales y pasadas. Esto permite a los proveedores de atención médica estar mejor informados de posibles problemas de medicamentos y utilizar esa información para mejorar la seguridad y la calidad.

Los registros del historial de medicamentos pueden indicar:

- cumplimiento con los regímenes recetados
- intervenciones terapéuticas
- interacciones entre medicamentos y entre medicamento y alergia
- reacciones adversas a medicamentos
- medicamentos duplicados

La información del historial de medicamentos puede incluir medicamentos recetados por todos los proveedores de atención médica que la atienden. Puede incluir información confidencial que incluye, entre otros, medicamentos relacionados con condición de salud mental, enfermedades venéreas / infecciones de transmisión sexual, aborto(s), violación / agresión sexual, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH / SIDA.

Usted no necesita hacer nada para permitir que su proveedor realice una búsqueda de su historial de medicamentos. Sin embargo, debe optar por no participar si es que no desea que nuestros proveedores consulten el historial electrónico de medicamentos. El participar en el historial de medicamentos no es una condición para recibir atención médica. Su decisión de restringir el acceso a su historial de medicamentos no afecta otras actividades de receta médica electrónica que se requieren, como enviar una receta a una farmacia electrónicamente u otras divulgaciones de su información de salud. Sin su autorización específica, los proveedores y las farmacias pueden continuar compartiendo su información directamente a través de otros medios (como teléfono, fax o correo electrónico seguro). Si desea optar de no participar en el programa ePrescribe de historial de medicamentos, notifique al asistente de recepción que le proporcione el formulario de exclusión voluntaria.

Comunicación automatizada y avisos:

Los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico proporcionados se pueden usar para enviar recordatorios automáticos de citas, notificaciones de citas perdidas y otras notificaciones de pruebas de detección y/o diagnóstico. Al leer este aviso y no optar por no participar, usted recibirá mensajes de texto para recordatorios de citas y avisos.

Si no desea recibir recordatorios automáticos de citas a través de mensajes de texto, deberá optar por no participar. El optar por no participar, lo eliminará de todos los recordatorios de citas automatizados. El consultorio de su proveedor aún podrá comunicar personalmente con usted para confirmar una cita.

Si no desea recibir notificaciones automatizadas a través de mensajes de texto en referencia a citas perdidas o pruebas de detección o diagnóstico, entonces tiene que elegir no participar. El optar por no participar, lo eliminará de todos los recordatorios de citas automatizados. El consultorio de su proveedor aún podrá comunicar personalmente con usted para cita necesaria de prueba de detección o diagnóstico.

Si desea optar de no recibir comunicaciones automatizadas y avisos, notifique al recepcionista para que le proporcione el formulario de exclusión de HIE.

Ayuda para catástrofes: Puede que divulguemos su información médica protegida a organizaciones de ayuda en casos de catástrofes que buscan su información de salud protegida para coordinar su atención o notificar a
Revisado 1/1/2024

familiares y amigos de su ubicación o situación en caso de un desastre. Le daremos la oportunidad de aceptar o rechazar dicha divulgación siempre que pueda ser posible.

SU AUTORIZACIÓN ESCRITA ES REQUERIDA PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su información médica protegida se realizarán solo con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de información médica protegida con fines comerciales;
2. Divulgaciones que constituyen la venta de su información médica protegida;
3. Usos and divulgaciones de notas de psicoterapia.

Otros usos y divulgaciones de información médica protegida que no estén cubiertos por este aviso o leyes que se aplican a nosotros, solo se realizarán con su autorización por escrito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla en cualquier momento enviando una revocación por escrito a nuestro oficial de privacidad. Con esa autorización, ya no divulgaremos información médica protegida. Pero cualquier divulgación que hicimos antes de que revoca su anterior autorización, no se verá afectada por la revocación.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted.

Derecho a inspeccionar y hacer copia: Usted tiene el derecho de inspeccionar y a hacer copia de la información de salud que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Generalmente esto incluye registros médicos y de facturación. Esto no incluye notas de psicoterapia. Para examinar y sacar copia de la información médica que puede ser usada para tomar decisiones sobre usted, debe enviar su solicitud por escrito al oficial de privacidad. Si usted solicita una copia de la información, puede ser que le cobremos una tarifa por los costos de la copia, envío por correo u otros materiales y servicios asociados con su solicitud. En ciertas circunstancias limitadas, puede que le neguemos su solicitud de inspeccionar y sacar copias. Si es que se le niega el acceso a la información de salud, usted puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional médico con licencia y escogido por nuestra oficina, revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que negó su solicitud. Cumpliremos la decisión de la revisión.

Derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos: Si su información médica protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como registro médico electrónico o registro de salud electrónico), usted tiene derecho a solicitar una copia electrónica de su registro o que se transmita a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para proporcionarle acceso a su información médica protegida en la forma o formato que usted solicite, si es que es posible obtenerlo en dicha forma o formato. Si la información médica protegida no se puede entregar en la forma o formato que usted solicita, se le proporcionará su registro en nuestro formato electrónico estándar, o si no desea este formulario o formato, se le dará un formulario impreso legible. Puede que le cobremos una tarifa razonable en base al tiempo y trabajo asociado en emitir el registro médico electrónico.

Derecho a recibir notificación de un incumplimiento: Usted tiene derecho de ser notificado sobre un incumplimiento de cualquiera de sus datos información médica protegidos que no hayamos mantenido seguros.

Derecho a modificar: Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información. Mientras mantengamos la información, usted tiene el derecho a solicitar una modificación. Para solicitar una modificación, debe hacer su solicitud por escrito, enviarla al oficial de privacidad. La solicitud debe ser de solo una página, escrita a mano de manera legible o a máquina en letra de por lo menos 10 puntos. Además, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud a la modificación. Puede que neguemos su solicitud de una modificación si es que no está por escrito o no incluye un motivo que respalde la solicitud. Además, puede que neguemos su solicitud si es que nos pide que modifiquemos información que:

- no fue escrita por nosotros, al menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- no es parte de la información médica guardada por o para nuestra oficina;
- no es parte de la información que usted estaría permitido a revisar o hacer una copia; o

- es correcta y completa.

Cualquier modificación que hagamos a su información médica se divulgará a aquellos quienes divulguemos la información anteriormente.

Derecho a una lista de las divulgaciones: Usted tiene derecho a solicitar una lista que incluya cualquier divulgación de su información médica que hayamos realizado, excepto para los usos y divulgaciones de tratamiento, el pago y las operaciones de cuidado médico como se describió anteriormente.

Para solicitar esta lista de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al oficial de privacidad. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser más de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril del 2003. La primera lista que solicite que esté dentro de un período de 12 meses, será gratuita. Para listas adicionales, puede que le cobremos los costos de proporcionar la lista. En ese momento, le notificaremos el costo y usted puede optar por cancelar o modificar su solicitud antes de que se incurra cualquier gasto. Dentro de 30 días de su solicitud, le enviaremos por correo una lista de divulgaciones o le notificaremos si no podemos proporcionarle la lista en ese período de tiempo diciéndole en qué fecha podremos darle la lista. Dicha fecha no excederá un total de 60 días a partir de la fecha en que se realizó la solicitud.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación de su información médica que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría solicitar que restrinjamos a una enfermera específica el uso de su información, o que no divulguemos información a su cónyuge sobre una cirugía que tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones si no es factible para nosotros garantizar nuestro cumplimiento o si creemos que tendrá un impacto negativo en el cuidado que podemos brindarle. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud al menos que la información sea necesaria para proporcionarle cuidado de emergencia. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud por escrito al oficial de privacidad. En su solicitud, usted debe indicarnos qué información quiere limitar y a quién desea que se apliquen los límites. Por ejemplo, el uso de cualquier información por parte de una enfermera específica, o la divulgación de una cirugía específica a su cónyuge.

Pagos de su bolsillo: Si usted paga de su bolsillo (o, en otras palabras, usted solicitó que no le cobremos a su plan médico) en su totalidad por un producto o servicio específico, usted tiene el derecho de solicitar que su información médica protegida con respecto a ese producto o servicio no se divulgue a un plan médico para fines de pago u operaciones de atención médica. Nosotros respetaremos la solicitud.

Derecho a solicitar comunicación confidencial: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar sobre asuntos de salud. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicación confidencial, debe hacer su solicitud por escrito al oficial de privacidad. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Le facilitaremos cualquier solicitud razonable. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Derecho a una copia de papel de esta notificación: Usted tiene derecho a obtener en cualquier momento una copia de papel de este aviso. Para obtener una copia, solicítela al oficial de privacidad. También puede obtener una copia de este aviso en nuestra página web, www.nemohealth.com. Si vemos que el mensaje electrónico no ha llegado, se le proporcionará una copia del aviso en papel. Aún si ha recibido un aviso electrónicamente, igual tiene el derecho de recibir una copia de papel cuando la solicite.

Si la primera notificación es hecha electrónicamente, además de por teléfono, le proporcionamos aviso electrónico de la misma manera y en ese momento, tal como se hizo en la primera solicitud de servicio.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar el aviso

efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, al igual que cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestras instalaciones. El aviso tendrá en la primera página, la fecha de inicial de vigencia. Además, cada vez que se registre para recibir tratamiento o servicios médicos, le ofreceremos una copia del aviso actual vigente.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nosotros, comuníquese con el oficial de privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por entregar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Otros usos y divulgaciones de información médica que no están incluidos en este aviso o las leyes que corresponden a nosotros, se realizarán solo si tenemos su permiso por escrito. Si es que usted nos proporcionó permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, nosotros ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted siguiendo los motivos descritos en su autorización por escrito. Al hacerlo, usted comprende que no podemos retirar cualquier divulgación que ya hayamos hecho con su permiso y estamos obligados a mantener nuestros registros de los cuidados que le dimos.

ACUSE DE RECIBO DE ESTE AVISO

Le solicitaremos que firme un formulario o una nota por separado reconociendo que ha recibido una copia de este aviso. Si usted elige, o no es capaz de firmar, un miembro del personal firmará su nombre y fecha del formulario. Este acuse de recibo se archivará en sus registros.