

Aviso de Prácticas sobre Confidencialidad

The University of North Texas Health Science Center at Fort Worth
MSRDP dba Physicians and Surgeons Medical Group

ESTE AVISO EXPLICA CÓMO LOS DATOS MÉDICOS SOBRE USTED PUEDE SER USADOS Y REVELADOS Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ESTO CUIDADOSAMENTE.

A esta institución, *The University of North Texas Health Science Center* se le requiere por ley que mantenga la confidencialidad de sus datos médicos y que proporcione a usted este aviso sobre los deberes legales y prácticas sobre confidencialidad que esta institución tiene con respecto a los datos de su salud. Si usted tiene preguntas sobre este aviso o si usted quiere obtener más información sobre las prácticas sobre confidencialidad de *The University of North Texas Health Science Center* por favor comuníquese con:

The Privacy Officer
817.735.0270
3500 Camp Bowie Blvd, FW, TX 76107

Fecha Efectiva de este Aviso: 14 de abril, 2003

I. Cómo la *University of North Texas Health Science Center* Puede Usar o Revelar Información Sobre su Salud

Nuestra institución colecciona información y datos sobre usted y los guarda en un archivo y en una computadora. Estos datos son su archivo médico. Este archivo es propiedad de esta institución, pero la información que contiene el archivo le pertenece a usted. Nuestra institución (*Health Science Center*) protege la confidencialidad de sus datos médicos. La ley permite que nuestra institución use y revele sus datos médicos con los siguientes propósitos:

1. Tratamiento. Podemos usar sus datos médicos para proveerle servicios o tratamiento médico. Podemos revelar sus datos médicos a doctores, enfermera(o)s, técnicos, estudiantes de medicina (incluyendo estudiantes para doctores asistentes (*physician assistant*), de enfermería, de asistente médico, y estudiantes del cuidado de salud, u otro personal de esta institución involucrado en su cuidado en nuestras instalaciones. Por ejemplo, un doctor que le da tratamiento a su pierna fracturada puede que necesite saber si usted padece de diabetes porque la diabetes puede hacer que usted sane más lentamente. Muchos departamentos diferentes del *Health Science Center* pueden compartir sus datos médicos entre sí para coordinar el cuidado que se le da a usted, como recetas, exámenes de laboratorio y radiografías. También podemos revelar sus datos médicos a personas fuera de nuestra organización, las cuales están involucradas en su cuidado de salud, como su familia, proveedores de equipo médico u otros que proveen servicios que forman parte de su cuidado.

2. Pago. Podemos usar o revelar los datos médicos sobre usted para enviar el cobro de los servicios o tratamiento que usted recibe en nuestras instalaciones o para coleccionar dicho pago de usted, su compañía de seguro, o de una tercera persona. Por ejemplo, puede ser necesario proveerle información a su seguro médico o plan de salud sobre algún procedimiento o cirugía que se le haya realizado en nuestras instalaciones para que su seguro o plan de salud nos pague a nosotros o le reembolsen a usted la cantidad que haya pagado por la cirugía. También podríamos avisarle a su seguro médico o plan de salud sobre algún tratamiento que usted vaya a recibir para obtener permiso por adelantado o para determinar si su seguro cubre el tratamiento o no.

3. Funciones de la Institución. Podemos usar o revelar los datos médicos sobre usted para las funciones de nuestra institución. Esto es necesario para operar esta organización y para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban un cuidado de alta calidad. Por ejemplo, podríamos usar esta información para revisar nuestros servicios y tratamientos y para evaluar el desempeño de nuestro personal al darle atención médica. También podemos usar sus datos médicos con fines de mantener licencias y buen estado con agencias que acreditan como la JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*).

También podríamos combinar la información de muchos pacientes en esta institución para decidir cuáles tratamientos adicionales debemos ofrecer, cuáles servicios no son necesarios, y para saber si ciertos tratamientos nuevos están dando resultado o no. Podemos también revelar sus datos médicos a doctores, enfermera(o)s, técnicos, estudiantes de medicina (incluyendo estudiantes para doctores asistentes (*physician assistant*), de enfermería, de asistente médico, y estudiantes del cuidado de salud, y a otro personal de esta institución para su revisión y con fines educativos. Podemos combinar nuestra información médica con la información de otros hospitales para compararnos y ver en qué áreas del cuidado y servicios que ofrecemos podemos o necesitamos mejorar. Podemos borrar los datos que lo identifiquen a usted en esta información para que otros puedan usar esta información en sus estudios del cuidado de salud y otras áreas de estudio relacionadas sin que sepan quienes son los pacientes.

4. Recordatorios de Citas. Podemos usar o revelar datos médicos sobre usted para ponernos en contacto con usted y recordarle que tiene cita para recibir tratamiento o atención médica en nuestras instalaciones.

5. Alternativas de Tratamiento. Podemos usar o revelar datos médicos sobre usted para recomendarle o informarle sobre sus posibles opciones o alternativas de tratamiento que le pudieran interesar.
6. Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud. Podemos usar y revelar sus datos médicos para informarle a usted sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de su interés.
7. Información que se le proporciona a usted.
8. Avisos y Comunicación con su Familia. Podemos revelar sus datos médicos para avisar o ayudar a avisar a un familiar, a su representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre dónde se encuentra usted, sobre su condición general o en caso de su muerte. Si usted puede y está disponible para decirnos si está de acuerdo o no, le daremos la oportunidad de oponerse antes de dar dicho aviso. Si usted no puede o no está disponible para decirnos si está de acuerdo o no, la comunicación con su familia y demás personas quedará a juicio de nuestro personal. Además, podemos revelar datos médicos sobre usted a entidades que proveen ayuda en caso de desastres de manera que se le pueda avisar a su familia sobre su condición, su estado y el lugar donde usted se encuentra.
9. Requisitos de la Ley. Si lo requiere la ley federal, estatal, o local, podemos usar y revelar información médica sobre usted, por ejemplo para reportar enfermedades contagiosas al departamento de salud.
10. Salud Pública. Conforme sea requerido por la ley, podemos revelar sus datos médicos a las autoridades de salud pública con los propósitos relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; reportar exposición a enfermedades contagiosas; reportar abuso de menores o negligencia; reportar nacimientos y muertes; reportar violencia doméstica; reportar reacciones a medicamentos o problemas con algún producto; para avisarle a la gente sobre productos defectuosos o de riesgo para la salud que podrían estar usando; para avisarle a alguna persona que posiblemente haya sido expuesta a alguna enfermedad o que esté en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o condición médica; para dar aviso a las autoridades apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
11. Actividades de Inspección de Salubridad. Podemos revelar sus datos médicos a las agencias de salubridad durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, obtención de licencias, y otros procesos.
12. Procesos Judiciales y Administrativos. Podemos revelar sus datos médicos durante cualquier proceso judicial o administrativo.
13. Cumplimiento con la Ley. Podemos revelar sus datos médicos a un representante de la ley con fines de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo presencial, o persona desaparecida, o para cumplir con algún tipo de documento u orden de la corte que pida esa información, o para otros propósitos relacionados con el cumplimiento de la ley.
14. Información de Personas Fallecidas. Podemos revelar sus datos médicos al investigador de su muerte (*coroner*), y al personal de la morgue. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. También podemos revelar los datos médicos necesarios de nuestros pacientes a funerarias para que éstas lleven a cabo sus labores.
15. Donación de Órganos. Podemos revelar su información médica a organizaciones involucradas en procurar, almacenar o transplantar órganos y tejidos.
16. Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar información médica sobre usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar la comparación de la salud y recuperación de todos los pacientes que hayan recibido un tipo de medicamento con los que hayan recibido otro tipo de medicamento para la misma condición o enfermedad. Sin embargo, todos los proyectos están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y su uso de datos médicos con el fin de balancear la necesidad de la investigación con la necesidad de los pacientes para mantener la confidencialidad de sus datos médicos. El proyecto debe haber sido aprobado mediante este proceso antes de que nosotros usemos o revelemos datos médicos, sin embargo, podemos revelar datos médicos sobre usted a las personas que hacen los preparativos para tal proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas siempre y cuando la información que se use no salga de nuestras instalaciones.
17. Para protegerse de una Amenaza a la Salud o Seguridad Pública. Podemos revelar sus datos médicos a las agencias apropiadas para prevenir amenazas a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier revelación se le hará solamente a alguien capaz de prevenir dicha amenaza.

18. Presos. Si usted es un preso de una institución de correcciones o esta bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar sus datos médicos a la institución de correcciones o al oficial de la ley. Esta revelación de información sería necesaria para que esa institución pueda proveerle cuidado de salud; para proteger su salud y seguridad y la salud y seguridad de otras personas; o para la seguridad de la institución de correcciones.
19. Compensación de Trabajadores. Podemos revelar su información médica si es necesario para cumplir con las leyes de Compensación de Trabajadores. Estos programas proveen beneficios en caso de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
20. Información sobre Alternativas. Podemos comunicarnos con usted para darle información sobre otros tratamientos o beneficios relacionados con la salud y sobre servicios que pudieran interesarle.
21. Recaudación de Fondos. Podemos usar sus datos médicos para comunicarnos con usted con fines de recaudar fondos para nuestra institución y sus operaciones. Podemos revelar datos a alguna fundación relacionada con nuestra institución para que esa fundación pueda comunicarse con usted con fines de recaudar fondos para nuestra institución. Solamente revelaríamos datos como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que usted recibió tratamiento o servicios en nuestras instalaciones. Si usted no desea que nuestra institución se comuniqué con usted con el propósito de recaudar fondos, usted debe avisar al oficial de confidencialidad (Privacy Officer) por escrito.
22. Cambio de Propietario. En caso de que nuestra institución (*Health Science Center*) se venda o se fusione con otra organización, su archivo y datos médicos pasarán a ser propiedad del nuevo propietario u organización.
23. Personal Militar y Veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas militares, podemos revelar sus datos médicos a las autoridades militares si ellos lo requieren. Podemos también revelar datos médicos sobre personal militar extranjero a las autoridades extranjeras apropiadas.
24. Seguridad Nacional y Actividad de Inteligencia. Podemos revelar su información médica a oficiales federales autorizados con fines de inteligencia y otras actividades con propósitos relacionados con la seguridad nacional conforme dicte la ley. También podemos revelar datos médicos sobre usted a oficiales federales autorizados para que ellos puedan proveer protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estados extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

II. Cuándo Nuestra Institución No Puede Usar o Revelar sus Datos Médicos

Aparte de los usos y revelaciones mencionados en este aviso de prácticas sobre confidencialidad, la *University of North Texas Health Science Center* no hará uso ni revelación de sus datos médicos a menos que usted haya dado su autorización por escrito. Si usted nos da autorización para usar o revelar sus datos médicos para cualquier otro propósito, usted puede anular esa autorización por escrito cuando usted guste hacerlo.

III. Sus Derechos sobre sus Datos Médicos

1. Dentro de lo permitido por la ley, usted tiene derecho de pedir que se apliquen restricciones o limitaciones en cuanto a ciertos usos y revelaciones de sus datos médicos. En algunas circunstancias, no se le requiere a nuestra institución que esté de acuerdo con todas las restricciones que usted pida. Si estamos de acuerdo con su petición, cumpliremos con su petición a menos que esa información sea necesaria para proveerle a usted atención de emergencia o a menos que la ley permita otro tipo de uso o revelación. Por ejemplo, usted tiene derecho a pedir que se limite la información que se le da a conocer a algún miembro de su familia o a alguna amistad sobre su cuidado médico o sobre el pago de éste. Usted también puede pedir que no se proporcione información sobre alguna cirugía u operación que a usted se le haya realizado. Si quiere pedir restricciones deberá hacerlo por escrito a la clínica donde usted recibe tratamiento o servicios. Su petición deberá especificar cuál información usted desea limitar; si quiere limitar el uso, revelación, o ambos; y a quién quiere que se apliquen dichas limitaciones, por ejemplo, a su esposa(o).
2. Usted tiene el derecho de recibir información sobre su salud a través de medios razonables alternos o en otro lugar elegido por usted. Si se trata de asuntos médicos, usted tiene derecho de pedir que nosotros nos comuniquemos con usted en cierta manera o en cierto lugar. Para pedir que las comunicaciones con usted sean confidenciales, deberá presentar su petición por escrito a la clínica donde usted recibe tratamiento o servicios. No preguntaremos las razones de su petición. Cumpliremos con peticiones razonables. Su petición deberá especificar cómo y dónde usted desea ser contactado.
3. Usted tiene derecho de inspeccionar y de pedir una copia de los datos médicos que pueden ser usados para tomar decisiones sobre su cuidado. Normalmente, esto incluye archivos médicos y facturas, pero no incluye notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar datos médicos que pueden ser usados para tomar decisiones sobre su cuidado, usted deberá presentar una petición por escrito a la clínica donde usted recibe tratamiento o servicios. Si usted pide una copia de sus datos, podríamos cobrarle por los gastos de copiar, del envío, u otros materiales asociados con dicha petición conforme a lo que permita la ley federal y de Texas.

En algunas circunstancias específicas y limitadas, podríamos negarle su petición para inspeccionar y de copia. Si a usted se le niega el acceso a sus datos médicos, usted puede pedir que se revise esta decisión. Otro profesional del cuidado de la salud, elegido por nuestra institución y que no haya estado involucrado en la negación de su petición, revisará su petición y la negación de ésta. Nosotros acataremos la decisión que resulte de dicha revisión.

4. Usted tiene el derecho de pedirnos que corrijamos sus datos médicos si usted cree que tenemos datos incompletos o incorrectos. La ley no le exige a nuestra institución que cambie sus datos médicos y se le proporcionará a usted información sobre esta negativa y sobre cómo usted puede oponerse a tal negativa. Si usted piensa que los datos que nosotros tenemos sobre usted no son correctos o no están completos, puede pedirnos que corrijamos la información. Usted tiene derecho de pedir que se hagan estos cambios siempre y cuando todavía mantengamos esa información.

Para pedir un cambio en sus datos, debe presentar una petición por escrito a la clínica donde usted recibe tratamiento o servicios. Además de su petición, debe explicar la razón por la que usted pide dicho cambio.

Nosotros podemos negarle su petición si no se presenta por escrito o si no incluye una razón que apoye su petición. Además, podemos negarle su petición si usted nos pide cambiar datos que:

- No fueron creados por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó estos datos ya no esta disponible para corregirlos o cambiarlos;
- No son parte de información que es para esta institución o que esta institución mantiene;
- No son parte de la información que usted puede inspeccionar o copiar; o
- Ya están completos y correctos.

5. Usted tiene derecho de pedir una lista de revelaciones de sus datos médicos que nuestra institución haya realizado, con la excepción de revelaciones y usos mencionados en partes 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (funciones de esta Institución), 4 (información que se le proporciona a usted) y 22 (ciertas funciones del gobierno) de la sección I de este Aviso de Prácticas sobre Confidencialidad ya que no se requiere llevar cuenta de estos usos o revelaciones.

6. Usted tiene derecho a obtener una copia de este Aviso de Prácticas sobre Confidencialidad . Usted puede pedir una copia de este aviso cuando usted guste o puede obtener una copia de este aviso en nuestra página de internet: www.hsc.unt.edu.

Si le gustaría obtener más detalles sobre estos derechos o si le gustaría ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con

The Privacy Officer
817-735-0270
3500 Camp Bowie blvd, FW, TX 76107

O

The Director of Regulatory Compliance
817-735-0404
3500 Camp Bowie blvd, FW, TX 76107

IV. Cambios a este Aviso de Prácticas sobre Confidencialidad

The University of North Texas Health Science Center se reserva el derecho de hacer cambios a este Aviso de Prácticas sobre Confidencialidad a cualquier hora en el futuro, y de hacer efectivas las nuevas provisiones para toda la información ya existente en nuestros archivos, incluyendo la información que se obtuvo o se recibió antes de la fecha de dicho cambio. A menos que se haga dicho cambio, se le requiere a esta institución que cumpla con las reglas de este aviso (el que actualmente esté en efecto).

Si a este aviso se le hacen cambios, la versión actualizada estará disponible en nuestra página de internet (www.hsc.unt.edu) y en la clínica donde usted consulta con su proveedor de cuidado de salud.

V. Quejas

Las quejas que pueda haber sobre este Aviso de Prácticas sobre Confidencialidad y sobre cómo esta institución (*The University of North Texas Health Science Center*) maneja sus datos médicos deberán ser presentadas a la clínica donde usted recibe tratamiento o servicios o a:

The Privacy Officer
817-735-0270
3500 Camp Bowie Blvd, FW, TX 76107

O

The Director of Quality Management
817-735-2396
3500 Camp Bowie Blvd, FW, TX 76107

Si usted no está satisfecho con la manera en que esta oficina procesa las quejas, puede enviar una queja a:

Our Institution in the Department of Quality Management
3500 Camp Bowie Blvd
Fort Worth, TX 76107 at 817.735.2396

O usted puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos
Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Hubert H. Humphrey Bldg.
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201

También, usted puede dirigir su queja a la Oficina de Derechos Civiles más cercana a usted. Usted puede obtener una lista de estas oficinas en el internet en esta dirección: <http://www.hhs.gov/ocr/regmail.html>.

Usted no será penalizado por presentar quejas

OTROS USOS DE SUS DATOS MÉDICOS.

Aparte de los usos y revelaciones mencionados aquí y los que permita la ley, no se permitirán otros usos de sus datos médicos a menos que usted haya dado su autorización por escrito. Si usted nos da autorización de usar o revelar sus datos médicos, puede también revocar o anular esa autorización por escrito cuando usted quiera. Si usted decide revocar o anular esa autorización, eso bastará para cesar el uso o revelación de sus datos médicos para los fines que usted autorizó, con la excepción de lo que ya se haya revelado o hecho mientras su autorización estaba vigente. Usted entiende que es un requisito para nosotros el mantener la información y datos sobre el cuidado que se le haya dado a usted.

This Notice is also available in English.