

Aviso de Practicas sobre Confidencialidad

University of North Texas Health Science Center at Fort Worth

ESTE AVISO EXPLICA COMO LOS DATOS MEDICOS SOBRE USTED PUEDE SER USADOS Y REVELADOS Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEA ESTO CUIDADOSAMENTE.

A esta instituci6n, *The University of North Texas Health Science Center* se le requiere por ley que mantenga la confidencialidad de sus datos medicos y que proporcione a usted este aviso sobre los deberes legales y practicas sobre confidencialidad que esta instituci6n tiene con respecto a los datos de su salud. Si usted tiene preguntas sobre este aviso o si usted quiere obtener mas informacion sobre las practicas sobre confidencialidad de *The University of North Texas Health Science Center* por favor comuniquese con:

The Privacy Officer
817.735.0404
855 Montgomery St, FW, TX 76107

Fecha Efectiva de este Aviso: 14 de abril, 2003

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

Nuestra institucion colecta informacion y datos sobre usted y los guarda en un archive y en una computadora. Estes datos son su archive medico. Este archive es propiedad de esta institucion, pero la informacion que contiene el archive le pertenece a usted. Nuestra institucion (*Health Science Center*) protege la confidencialidad de sus datos medicos. La ley permite que nuestra institucion use y revele sus datos medicos con los siguientes prop6sitos:

1. Tratamiento. Podemos usar sus datos medicos para proveerle servicios o tratamiento medico. Podemos revelar sus datos medicos a doctores, enfermera(o)s, tecnicos, estudiantes de medicina (incluyendo estudiantes para doctores asistentes (*physician assistant*), de enfermeria, de asistente medico, y estudiantes del cuidado de salud, u otro personal de esta institucion 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 mas lentamente. Muchos departamentos diferentes del *Health Science Center* pueden compartir sus datos medicos entre si para coordinar el cuidado que se le da a usted, como recetas, exámenes de laboratorio y radiografias. Tambien podemos revelar sus datos medicos a personas fuera de nuestra organizacion, las cuales estan involucradas en su cuidado de salud, como su familia, proveedores de equipo medico u otros que proveen servicios que forman parte de su cuidado.

2. Pago. Podemos usar o revelar los datos medicos 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 compai'ia de seguro, o de una tercera persona. Por ejemplo, puede ser necesario proveerle informacion a su seguro medico o plan de salud sobre algun procedimiento o cirugia 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 cirugia. Tambien podriamos avisarle a su seguro medico o plan de salud sobre algun 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 Institucion. Podemos usar o revelar los datos medicos sobre usted para las funciones de nuestra institucion. Esto es necesario para operar esta organizacion y para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban un cuidado de alta calidad. Por ejemplo, podriamos usar esta informacion para revisar nuestros servicios y tratamientos y para evaluar el desempe'io de nuestro personal al darle atencion medica. Tambien podemos usar sus datos medicos con fines de mantener licencias y buen estado con agencias que acreditan como la JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*).

Tambien podriamos combinar la informacion de muchos pacientes en esta instituci6n para decidir cuales tratamientos adicionales debemos ofrecer, cuales servicios no son necesarios, y para saber si ciertos tratamientos nuevos estan dando resultado o no. Podemos tambien revelar sus datos medicos a doctores, enfermera(o)s, tecnicos, estudiantes de medicina (incluyendo estudiantes para doctores asistentes (*physician assistant*), de enfermeria, de asistente medico, y estudiantes del cuidado de salud, y a otro personal de esta institucion para su revision y con fines educativos. Podemos combinar nuestra informacion medica con la informacion de otros hospitales para compararnos y ver en que areas del cuidado y servicios que ofrecemos podemos o necesitamos mejorar. Podemos borrar los datos que lo identifiquen a usted en esta informacion para que otros puedan usar esta informacion en sus estudios del cuidado de salud y otras areas de estudio relacionadas sin que sepan quienes son los pacientes.

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

5. Alternativas de Tratamiento. Podemos usar o revelar datos medicos 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 medicos para informarle a usted sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de su interes.
7. Informacion que se le proporciona a usted.
8. Avisos y Comunicacion con su Familia. Podemos revelar sus datos medicos para avisar o ayudar a avisar a un familiar, a su representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre donde se encuentra usted, sobre su condicion general o en caso de su muerte. Si usted puede y esta disponible para decimos si esta de acuerdo o no, le daremos la oportunidad de oponerse antes de dar dicho aviso. Si usted no puede o no esta disponible para decimos si esta de acuerdo o no, la comunicaci6n con su familia y demas personas quedara a juicio de nuestro personal. Ademias, podemos revelar datos medicos sobre usted a entidades que proveen ayuda en caso de desastres de manera que se le pueda avisar a su familia sobre su condicion, su estado y ellugar donde usted se encuentra.
9. Requisites de la Ley. Si lo requiere la ley federal, estatal, o local, podemos usar y revelar informacion medica sobre usted, por ejemplo para reportar enfermedades contagiosas al departamento de salud.
10. Salud Publica. Conforme sea requerido por la ley, podemos revelar sus datos medicos a las autoridades de salud publica con los propositos relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; reportar exposicion a enfermedades contagiosas; reportar abuso de menores o negligencia; reportar nacimientos y muertes; reportar violencia domestica; reportar reacciones a medicamentos o problemas con algun producto; para avisarle a la gente sobre productos defectuosos o de riesgo para la salud que podrian estar usando; para avisarle a alguna persona que posiblemente haya sido expuesta a alguna enfermedad o que este en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o condici6n medica; para dar aviso a las autoridades apropiadas si creemos que un paciente ha sido victima de abuse, negligencia o violencia domestica.
11. Actividades de Inspeccion de Salubridad. Podemos revelar sus datos medicos a las agencias de salubridad durante el curso de auditorias, investigaciones, inspecciones, obtencion de licencias. y otros procesos.
12. Procesos Judiciales y Administrativos. Podemos revelar sus datos medicos durante cualquier proceso judicial o administrative.
13. Cumplimiento con la Ley. Podemos revelar sus datos medicos a un representante de la ley con fines de identificar o localizar a un sospechoso, fugitive, testigo presencia!, o persona desaparecida, o para cumplir con algun tipo de documento u orden de la corte que pida esa informacion, o para otros propositos relacionados con el cumplimiento de la ley.
14. Informacion de Personas Fallecidas. Podemos revelar sus datos medicos al investigador de su muerte (*coroner*), y al personal de la morgue. Esto podria ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. Tambien podemps revelar los datos medicos necesarios de nuestros pacientes a funerarias para que estas lleven a cabo sus labores.
15. Donacion de 6roanos. Podemos revelar su informacion medica a organizaciones involucradas en procurar, almacenar o transplantar organos y tejidos.
16. Investigacion. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar informacion medica sobre usted para propositos de investigacion. Por ejemplo, un proyecto de investigacion puede involucrar la comparaci6n de la salud y recuperacion de todos los pacientes que hayan recibido un tipo de medicamento con los que hayan recibido otro tipo de medicamento para la misma condicion o enfermedad. Sin embargo, todos los proyectos estan sujetos a un proceso especial de aprobacion. Este proceso evalua el proyecto de investigacion propuesto y su uso de datos medicos con el fin de balancear la necesidad de la investigaci6n con la necesidad de los pacientes para mantener la confidencialidad de sus datos medicos. El proyecto--debe haber sido aprobado mediante este proceso antes de que nosotros usemos o revelemos datos medicos, sin embargo, podemos revelar datos medicos sobre usted a las personas que hacen los preparativos para tal proyecto de investigacion, por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades medicas especificas siempre y cuando la informacion que se use no salga de nuestras instalaciones.
17. Para protegerse de una Amenaza a la Salud o Seguridad Publica. Podemos revelar sus datos medicos a las agencias apropiadas para prevenir amenazas a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del publico u otra persona. Sin embargo, cualquier revelacion se le hara solamente a alguien capaz de prevenir dicha amenaza.

18. Presos. Si usted es un preso de una institucion de correcciones o esta bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar sus datos medicos a la institucion de correcciones o al oficial de la ley. Esta revelacion de informacion seria necesaria para que esa institucion 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 institucion de correcciones.

19. Compensacion de Trabajadores. Podemos revelar su informacion medica si es necesario para cumplir con las leyes de Compensacion de Trabajadores. Estos programas proveen beneficios en caso de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

20. Informacion sobre Alternativas. Podemos comunicarnos con usted para darla informacion sobre otros tratamientos o beneficios relacionados con la salud y sobre servicios que pudieran interesarle.

21. Recaudacion de Fondos. Podemos usar sus datos medicos para comunicarnos con usted con fines de recaudar fondos para nuestra institucion y sus operaciones. Podemos revelar datos a alguna fundacion relacionada con nuestra institucion para que esa fundacion pueda comunicarse con usted con fines de recaudar fondos para nuestra institucion. Solamente revelariamos datos como su nombre, direccion y numero de telefono y las fechas en que usted recibio tratamiento o servicios en nuestras instalaciones. Si usted no desea que nuestra institucion se comunice con usted con el proposito de recaudar fondos, usted debe avisar al oficial de confidencialidad (Privacy Officer) por escrito.

22. Cambio de Propietario. En caso de que nuestra institucion (*Health Science Center*) se venda o se fusione con otra organizacion, su archivo y datos medicos pasaran a ser propiedad del nuevo propietario u organizacion.

23. Personal Military Veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas militares, podemos revelar sus datos medicos a las autoridades militares si ellos lo requieren. Podemos tambien revelar datos medicos sobre personal militar extranjero a las autoridades extranjeras apropiadas.

24. Seguridad Nacional y Actividad de Inteligencia. Podemos revelar su informacion medica a oficiales federales autorizados con fines de inteligencia y otras actividades con propositos relacionados con la seguridad nacional conforme dicte la ley. Tambien podemos revelar datos medicos sobre usted a oficiales federales autorizados para que ellos puedan proveer proteccion al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estados extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

II. Cuando Nuestra Institucion No Puede Usar o Revelar sus Datos Medicos

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

III. Sus Derechos sobre sus Datos Medicos

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 medicos. En algunas circunstancias, no se le requiere a nuestra institucion que este de acuerdo con todas las restricciones que usted pida. Si estamos de acuerdo con su peticion, cumpliremos con su peticion a menos que esa informacion sea necesaria para proveerle a usted atencion de emergencia o a menos que la ley permita otro tipo de uso o revelacion.

Por ejemplo, usted tiene derecho a pedir que se limite la informacion que se le da a conocer a algun miembro de su familia o a alguna amistad sobre su cuidado medico o sobre el pago de este. Usted tambien puede pedir que no se proporcione informacion sobre alguna cirugia u operacion que a usted se le haya realizado.

Si quiere pedir restricciones debera hacerlo por escrito a la clinica donde usted recibe tratamiento o servicios. Su peticion debera especificar cual informacion usted desea limitar; si quiere limitar el uso, revelacion, o ambos; y a quien quiere que se apliquen dichas limitaciones, por ejemplo, a su esposa(o).

2. Usted tiene el derecho de recibir informacion sobre su salud a traves de medias razonables o en otro lugar elegido por usted. Si se trata de asuntos medicos, 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, debera presentar su peticion por escrito a la clinica donde usted recibe tratamiento o servicios. No preguntaremos las razones de su peticion. Cumpliremos con peticiones razonables. Su peticion debera especificar como y donde usted desea ser contactado.

3. Usted tiene derecho de inspeccionar y de pedir una copia de los datos medicos que pueden ser usados para tomar decisiones sobre su cuidado. Normalmente, esto incluye archivos medicos y facturas, pero no incluye notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar datos medicos que pueden ser usados para tomar decisiones sobre su cuidado, usted debera presentar una peticion por escrito a la clinica donde usted recibe tratamiento o servicios. Si usted pide una copia de sus datos, podriamos cobrarle por los gastos de copiar, del envio, u otros materiales asociadas con dicha petición conforme a lo que permita la ley federal y de Texas.

En algunas circunstancias especificas y limitadas, podriamos negarle su peticion para inspeccionar y de copia. Si a usted se le niega el acceso a sus datos medicos, usted puede pedir que se revise esta decision. Otro profesionista del cuidado de la salud, elegido por nuestra instituci6n y que no haya estado involucrado en la negacion de su peticion, revisara su peticion y la negacion de esta. Nosotros acataremos la decision.que resulte de dicha revisi6n.

4. Usted tiene el derecho de pedimos que corriamos sus datos medicos si usted cree que tenemos datos incompletos o incorrectos. La ley no le exige a nuestra institucion que cambie sus datos medicos y se le proporcionara a usted informacion 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 estan completos, puede pedimos que corriamos la informacion. Usted tiene derecho de pedir que se hagan estos cambios siempre y cuando todavia mantengamos esa informacion.

Para pedir un cambio en sus datos, debe presentar una peticion por escrito a la clinica donde usted recibe tratamiento o servicios. Ademas de su peticion, debe explicar la razon por la que usted pide dicho cambio.

Nosotros podemos negarle su peticion si no se presenta por escrito o si no incluye una razon que apoye su peticion. Ademas, podemos negarle su peticion si usted nos pide cambiar datos que:

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

5. Usted tiene derecho de pedir una lista de revelaciones de sus datos medicos que nuestra institucion haya realizado, con la excepcion de revelaciones y usos mencionados en partes 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (funciones de esta Institucion), 4 (informacion que se le proporciona a usted) y 22 (ciertas funciones del gobierno) de la seccion I de este Aviso de Practicas 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 Practicas sobre Confidencialidad . Usted puede pedir una copia de este aviso cuando usted guste o puede obtener una copia de este aviso en nuestra pagina de internet: www.hsc.unt.edu.

Si le gustaria obtener mas detalles sobre estos derechos o si le gustaria ejercer uno o mas de estos derechos, comuniquese con

The Privacy Officer
817.735.0404
855 Montgomery St, FW, TX 76107

IV. Cambios a este Aviso de Practicas sobre Confidencialidad

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

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

V. Quejas

Las quejas que pueda haber sobre este Aviso de Practicas sobre Confidencialidad y sobre como esta institucion (*The University of North Texas Health Science Center*) maneja sus datos medicos deberan ser presentadas a la clinica donde usted recibe tratamiento o servicios o a:

The Privacy Officer
817-735-0404
855 Montgomery St., FW, TX 76107

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

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

Tambi{m, usted puede dirigir su queja a la Oficina de Derechos Civiles mas cercana a usted. Usted puede obtener una lista de estas oficinas en el internet en esta direcci6n: <http://www.hhs.gov/ocr/reqmail.html>.

Usted no sera penalizado por presentar quejas

OTROS USOS DE SUS DATOS MEDICOS.

Aparte de los usos y revelaciones mencionados aqui y los que permita la ley, nose permitiran otros usos de sus datos medicos a menos que usted haya dado su autorizaci6n por escrito. Si usted nos da autorizaci6n de usar o revelar sus d tos medicos, puede tambien revocar o anular esa autorizaci6n por escrito cuando usted quiera. Si usted decide revocar o anular esa autorizaci6n, eso bastara para cesar el uso o revelaci6n de sus datos medicos para los fines que usted autoriz6, con la excepci6n de lo que ya se haya revelado o hecho mientras su autorizaci6n estaba vigente. Usted entiende que es un requisito para nosotros el mantener la informacion y datos sobre el cuidado que se le haya dado a usted.

This Notice is also available in English.

