

# Aviso de Derechos de Privacidad a los Pacientes

## ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN LÉALO CON CUIDADO.

Este aviso se aplica a todos los documentos sobre su asistencia médica que se generan por este centro, sean hechos por el centro o por un proveedor asociado. Nuestra póliza sobre proteger información sobre su salud se extiende a todas las personas autorizadas profesionalmente que necesitan saber proveerla a usted de asistencia médica. La póliza se aplica a todas las áreas del centro incluyendo todo el personal del centro, la recepción, la facturación y la administración. También se aplica a cualquier entidad o individuales con el cual contratamos servicios, por ejemplo proveedores de referencia.

## INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE SU SALUD

Por ser nuestro paciente, creamos historiales médicos electrónicos y en papel y documentos acerca de su salud, además de la asistencia y los servicios que le proveemos a usted necesitamos este historial para proveer continuidad de asistencia y para cumplir con ciertos requisitos legales. La ley requiere:

- Que aseguremos que la información sobre su salud sensible se mantenga privada
- Que le proveamos a usted este Aviso de Derechos de Privacidad de los Pacientes
- Que aseguremos que la ley y sus derechos legales están en vigencia.

## CÓMO PODEMOS Usar Y REVELAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

**Tratamiento:** Podemos usar la información previamente recopilada sobre usted para proveerle con tratamiento o servicios médicos actuales o futuros. Por eso, podemos, y en lo más probable que les revelemos su información a los médicos, enfermeras y otro personal médico que participan en su asistencia.

**Pago:** Podemos usar y revelar información médica sobre usted acerca de servicios y procedimientos, para pasarle la cuenta y pedirle el pago a usted, a su compañía de seguros o a otra tercera entidad de reembolso, por ejemplo a la compensación al Trabajador

**Usos de Operaciones:** Podemos usar y revela información sobre su salud para qué funcione eficientemente el centro y para asegurarnos que nuestros pacientes reciban asistencia de alta calidad.

**Citas y Recordatorio de sus Citas:** Podemos usar y revelar información sobre usted a una entidad que ayude en casos de desastre para que su familia pueda estar informada acerca de su condición, situación o localidad.

**Entidades Externas:** En caso de emergencia, podemos revelar información sobre usted a una entidad que ayude en caso de desastre para que su familia pueda estar informada acerca de su condición, situación o localidad.

**Investigación:** Podemos participar en investigación sobre el uso de ciertos protocolos de tratamiento que hayan recibido aprobación apropiada del gobierno y del centro. En tal caso, obtendríamos su consentimiento que identificaría todos los aspectos de su participación, riesgos, beneficios y revelaciones posibles.

**Requerido por la ley:** Revelaremos información médica sobre usted cuando lo requiera la ley federal, estatal y local.

**Para Evitar un Amenaza Grave a la salud o al a seguridad:** Podemos usar y revelar información sobre su salud a la gente que necesita saberla para evitar una amenaza grave a su salud o a la salud y la seguridad de otros.

**Donación de órganos y tejidos:** Si usted se in donador de órganos podemos revelar la información médica a las organizaciones que manejan la obtención y el trasplante de órganos.

**Riesgos y asuntos de la Salud Pública:** Podemos revelar información sobre su salud como requiere la ley o por su autorización acerca de ciertas condiciones de salud para prevenir o controlar enfermedades, heridas o invalides, nacimientos o muertes, abuso o abandono de niños o mayores, reacciones contra medicamentos o productos, retirada de productos y aviso de exposición a una condición.

**Víctimas de Abuso, Negligencia, o Violencia Domestica:** Podemos revelar información sobre su salud a la policía, a los servicios sociales o a otras agencias del gobierno autorizado a recibir el informe si sospechamos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia domestica.

**Investigaciones y Actividades del Gobierno:** Podemos revelar información sobre su salud a una agencia federal, estatal o local para actividades de descuido autorizadas por la ley que tal vez tengan que ver con inspecciones, licencias, conducta con otras leyes y reglas incluyendo las leyes de derechos civiles.

**Pleitos y Disputas:** Si usted está involucrado en un pleito o una disputa, podemos revelar información sobre su salud para responder a una citación, a una citación de la corte o a un mandato judicial, petición de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa.

## AGENCIAS QUE VELEN POR EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

---

Podemos revelar información sobre su salud a la policía para identificar o localizar un testigo, un sospechoso o un desaparecido, acerca de una víctima de un delito, una muerte que consideramos relacionada con acciones delictivas, Conducta delictiva actual, delitos en las propiedades del centro o situaciones de emergencia para denunciar un delito o los detalles de un crimen.

**Médicos Forenses y directores de Funeraria:** Podemos revelar información sobre su salud a un médico forense o a un director de funeraria si es necesario

**Seguridad Nacional y Militar:** Si usted sirve actualmente en las fuerzas armadas o es un veterano de guerra, podemos revelar información sobre su salud a los militares si nos la piden. Podemos revelar información sobre su salud a funcionarios federales si están realizando actividades de seguridad e inteligencia nacional.

**Compensación al Trabajador:** Podemos revelar su información si es requerido por las leyes de compensación al trabajador y Otras leyes y reglas parecidas.

## SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

---

**Usted tiene el derecho de:**

**Inspeccionar y copiar información sobre su salud:** Puede pedir, revisar y obtener una copia de información sobre su salud que el centro guarda mientras el centro la tenga. Si usted pide revisar la información sobre su salud, el centro decidirá permitirle revisar una parte o toda la información que pidió. El centro puede cobrar por las copias que usted pida. Por favor, pídale esto escrito al centro de salud.

**Corregir la información sobre si cree que está equivocada o incompleta:** Usted puede pedir que corrijamos la información médica que el centro mantiene. Si el centro acepta su petición de corregir la información sobre su salud, el cambio se convertirá en documento permanente en su historia médica. Por favor, pídale esto por escrito al centro de salud.

**Pedir de limitar la información médica que revelamos:** Usted puede pedir que el centro no use ni revele información sobre su salud. Su petición debe describir detalladamente cómo quiere limitar la información. El centro puede rechazar su petición. Por favor, pídale esto por escrito al centro de salud.

**Pedir una lista de las revelaciones que hemos hecho de la información sobre su salud:** Usted puede pedir una lista de las revelaciones de la información sobre su salud que hemos hecho. Esta lista no incluirá revelaciones de rutina de la información sobre su salud para los propósitos descritos arriba con respecto al tratamiento, pago, o operaciones del centro. Por favor, pídale esto por escrito al centro de salud.

**Pedirnos comunicaciones confidenciales:** No revelaremos la información sobre su salud excepto como lo hemos descrito en este aviso. Sin embargo, usted puede que le contactemos a usted por otro medio o en otra dirección o que limitemos el número o el tipo de gente que tiene acceso a información sobre su salud. Por favor, pídale esto por escrito al centro de salud.

**Recibir de nosotros una copia en papel de Aviso:** Usted puede pedir una copia de este aviso a cualquier hora.

## SU DERECHO DE QUEJARSE

---

**Quejas:** Si usted cree que sus derechos de privacidad se han violado, puede hacer un reclamo con el centro o con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todos los reclamos deben de entregarse por escrito y todos los reclamos se investigaran.

## CAMBIOS EN ESTE AVISO

---

**Cambios en este Aviso:** Reservamos el derecho de cambiar este Aviso a cualquier hora. Colocaremos una copia del aviso actual en el centro con la fecha de vigencia. Usted puede pedir una copia del aviso actual cada vez que visite el centro para servicios, o puede llamar al centro y pedir que se le mande a usted el aviso actual.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PRIVACIDAD

---

Si usted tiene preguntas sobre este aviso o quiere hacer una petición, por favor póngase en contacto con el centro:

**Nombre:** Spring Branch Community Health Center

**Dirección:** 800 W Sam Houston Pkwy, S, Ste 200

Houston, Texas 77042

**Teléfono:** (713) 462-6565

**Fax:** (832) 831-5369