- Para poner en alerta a los oficiales de la ley de una muerte si sopechamos que la muerte resultó por conducta criminal
- Acerca de crímenes que ocurren en nuestras facilidades
- Para reportar un crimen, una víctima de un crimen o una persona quien haya cometido un crimen en circunstancias de emergencia

7. Para Prevenir una Amenaza Seria de Salud o Seguridad:
Usaremos y revelaremos su información cuando tengamos un "reporte de deber" bajo la ley estatal o federal, porque creemos que es necesario prevenir una amenaza seria contra su salud y la seguridad o la salud y la seguridad de otra persona o del público. Cualquier revelación será para prevenir una amenaza.

8. Investigadores de Fallecidos, Examinadores Médicos y Directores de Funerales:
Podemos revelar su información médica a un funcionario encargado de investigar la causas de una muerte o a un examinador médico con el propósito de identificar a un fallecido y determinar la causa de la muerte. También podemos proporcionar su información médica a los directores de funerales para que lleven a cargo sus deberes.

9. Donación de Organos, Ojos o Tejidos:
Para facilitar las donaciones de tejidos y trasplantes, podemos revelar su información médica a las organizaciones encargadas del procuramiento de órganos, los bancos o los trasplantes.

10. La Compensación de los Trabajadores:
Podemos revelar su información médica para cumplir con las leyes de la compensación de los trabajadores y leyes parecidas que proveen beneficios para las heridas o enfermedades relacionads con el trabajo.

11. Las Funciones Especiales del Gobierno:
Si usted es un miembro de la fuerza armada, podemos revelar su información médica como es requerida por las autoridades del comando militar. También podemos revelar la información médica del personal militar extranjero a las autoridades militares apropiadas. Podemos revelar su informacion médica a los oficiales federales de inteligencia, contra-inteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos revelar su información médica a los oficiales federales autorizados para que proporcionen protección al Presidente de los Estados Unidos, ciertos oficiales federales, o cabezas de estado extranjeras para conducir las investigaciones especiales.

12. Los Presos y las Personas bajo Custodia:
Si usted está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar su información médica al oficial de la institución correccional con quien está bajo custodia. La información será revelada para: a) proporcionar el cuidado de su salud, b) para la seguridad y la salud de otros o c) la seguridad y el buen orden de la institución correccional.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y revelaciones que no están cubiertos bajo ésta Notificación o las leyes que aplican a Wishard Health Services se harán solamente con su autorización por escrito. Si usted nos provee la autorización para usar o revelar su información médica, puede revocar dicha autorización a cualquier momento al notificarnos por escrito a: HIPAA Privacy Officer, Wishard Health Services, 1001 W. Tenth St., Indianapolis, IN 46202 si desea revocarla. Pero si usted revoca dicha autorización, no afectará las revelaciones que ya se hayan hecho.

SUS DERECHOS CONCERNIENTES A SU INFORMACIÓN MÉDICA

(Los derechos mencionados en ésta Notificación no aplican a los presos de una institución correccional)

Usted tiene los siguientes derechos concerniente a su información médica.

1. El Derecho a Pedir Restricciones:
Usted tiene el derecho a pedir que el uso y la revelación de de su información médica sea restringido al tratamiento, el pago o el funcionamiento del cuidado de su salud. También puede pedir que limitemos su información médica con algún familiar o amistad.

No estamos obligados a estar de acuerdo a ninguna restricción . Si estamos de acuerdo, accederemos a su requisito a menos que la información que se necesita sea para: a) darle un tratamiento de emergencia, b) reportar al Department of Health and Human Services, o c) la revelación está explicada en la sección de "Uses and Disclosures That Are Required or Permitted by Law". Para pedir una restricción, usted debe hacerlo por escrito a: HIPAA Privacy Officer, Wishard Health Services, 1001 W. Tenth St., Indianapolis, IN 46202. Usted debe de decirnos: a) que información desea limitar, b) si usted quiere limitar el uso o la revelación o ámbos y c) a quién quiere que se apliquen los límites. Ya sea usted o nosotros podemos determinar las restricciones en una fecha acordada.

2. El Derecho a Recibir Comunicación Confidencial:
Tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que solo nos comuniquemos con usted por correo electrónico o en su trabajo.

Si usted desea pedir información confidencial, debe de hacerlo por escrito a nuestro HIPAA privacy Officer, Wiehsar Health Services, 1001 W. Tenth St., Indianapolis, IN 46202 y explicar como y dónde desea que nos comuniquemos con usted. No necesita tener un motivo para su requisito. Haremos lo posible de proporcionar todos los requisitos que sean razonables.

3. El Derecho a Inspeccionar y Copiar:
Usted tiene el derecho a inspeccionar y pedir que le proporcionen copias de su infromación médica. Pero esto nó incluye las notas de psicoterapia o la información recopilada para el uso interno, como ejemplos, el mejoramiento de calidad o el repaso de los compañeros. Si un médico determina que teniendo acceso a la información contenida en los archivos causaría al paciente algún daño a sí mismo o a otros, el médico puede negar el acceso por cierto período de tiempo.

Para inspeccionar una copia de su información médica, usted puede completar una forma de Autorización para Proporcionar/Obtener la Información o escribir una carta o pedir un requisito, dando el tipo de información que necesita, la(s) fecha(s) en que los servicios son requeridos, el propósito del requisito y si usted desea repasar el archivo o recibir fotocopias de la informaciín requerida. Dirija su requisito a: Wishard Health Services, Attention: Release of Information, 1001 West Tenth Street, Indianapolis, Indiana, 46202. Es possible que le cobren el costo de las copias, el correo, y otros costos relacionados con su requisito.

Podemos negarle su requisito para inspeccionar y copiar la información en algunas situaciones. Si su requisito es negado, usted puede pedir que revisemos nuestra decisión. Wishard escogerá un profesional con licencia para el cuidado de salud para que revise su requisito y el motivo de la negación. La persona que repase su información no será la misma que negó su requisito. Cumpliremos con el resultado de ese repaso.

4. El Derecho a pedir Correciones:
Si cree que su información médica es incorrecta, tiene el derecho a pedirnos que hagamos las correcciones que sugiere mientras que la información médica esté en nuestra posesión. Para pedir que hagamos correcciones, debe de mandar su requisito por escrito a: HIPAA Privacy Officer, Wishard Health Services, 1001 W. Tenth St., Indianapolis, IN 46202. Usted debe de mencionar la razón por las correcciones.

Podemos negarle su requisito para hacer correcciones si no es hecho por escrito o si no incluye un motivo por desear las correcciones. También podemos negar la información si: a) no había sido hecha por nosotros, a menos que la persona o entidad que haya creado la información ya no esté en funcionamiento, b) no sea parte de la información médica que mantiene Wishard Health Services, c) no sea información que usted podría inspeccionar y copiar o d) la información sea verdadera y completa.

Si su requisito es concedido, Wishard Health Services hará los cambios apropiados y le informará a usted y a los demás como sea necesario o requerido. Si le negamos su requisito, le explicaremos el motivo por escrito y le explicaremos los pasos que debe de tomar en el futuro.

5. El Derecho a obtener una lista de Revelaciones:
Usted tiene el derecho a pedir una lista de revelaciones. Esta es una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho concerniente a su información médica. Para pedir una lista de revelaciones, debe de hacerlo por escrito a: HIPAA Privacy Officer, Wishard Health Services, 1001 W. Tenth St., Indianapolis, IN 46202. Su requisito debe de especificar un período de tiempo para las revelaciones. Dicho período de tiempo puede ser hasta seis años previo a la fecha en que se haga el requisito de la lista, pero no incluye revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

El costo es gratis por la primer lista que le proveamos en cualquier período de 12 meses. Para listas adicionales, le cobraremos el costo de proveer la lista. Si habrá un costo, le notificaremos de antemano. Usted puede remover o cambiar su requisito para prevenir o reducir el costo.

Algunos tipos de revelaciones no son incluídas en dichas listas. Estas incluyen las revelaciones para el tratamiento, el pago o el funcionamiento del cuidado de la salud, las revelaciones hechas para usted o para el directorio de nuestra facilidad, las revelaciones hechas con su autorización, las revelaciones para los propósitos de la seguridad nacional o de la inteligencia, las instituciones correccionales o de los oficiales del enforzamiento de la ley en algunas circunstancias.

6. El Derecho a Obtener una Copia de Esta Notificación:
Usted tiene el derecho a recibir una copia de nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad. Puede pedir una copia a cualquier momento.

COMO OBTENER UNA COPIA DE NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE WISHARD

Una copia de nuestra Notificación actual de las Prácticas Privadas será puesta en todos las facilidades de Wishard Health Services facilities. Una copia de la Notificación actual también será puesta en nuestra red electrónica, www.Wishard.edu. Adicionalmente, cada vez que usted se matricule para recibir servicios del cuidado de salud en Wishard Health Services o es admitido al Wishard Memorial Hospital, se le proporcionará una copia de la Notificación actual. Para obtener una copia actual de la Notificación, por favor escríbale al: HIPAA Privacy Officer, Wishard Health Services, 1001 W. Tenth St., Indianapolis, IN 46202, o llame al siguiente teléfono: (317) 287-3174.

LOS CAMBIOS DE ESTA NOTIFICACIÓN

Wishard Health Services se reserva el derecho de cambiar ésta Notificación y de revisar o cambiar la Notificación efectiva para toda la información médicaque tengamos en ése momento, así como cualquier información que recibamos en el futuro.

SI USTED TIENE UNA QUEJA

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede quejarse formalmente al Wishard Health Services o con el the United States Secretary of Health and Human Services. Para mandar una queja contra Wishard Health Services, por favor escríbale al: HIPAA Privacy Officer, Wishard Health Services, 1001 W. Tenth St., Indianapolis, IN 46202, o llame por teléfono al Patient Relations Office al (317) 630-6676. Su queja debe de contener una explicación detallada con todos los motivos. Para mandar una queja con el United States Secretary of Health and Human Services, debe de escribir a: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20201.

Nos gustarían sus comentarios y no habrán represalias contra usted por mandar una queja.

WISHARD®

NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Vigente el 26 de agosto de 2009 SAP 202487

ESTA NOTIFICACION EXPLICA COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

REVISELA CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta o si necesita información acerca de ésta Notificación de las Prácticas de Privacidad, escriba a: HIPAA Privacy Officer, Wishard Health Services, 1001 W. Tenth St., Indianapolis, IN 46202, o llame por teléfono al (317) 287-3174.

NUESTRA PROMESA RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

En Wishard Health Services estamos comprometidos a proteger la información médica de nuestros pacientes. Entendemos que la información médica concerniente a usted y a su salud es privada. Esta notificación de las Prácticas de Privacidad le informa acerca de sus derechos y nuestras responsabilidades respecto a la información médica. Adicionalmente, le informa sobre lo que debe de hacer si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

Esta notificación se aplica a todos los archivos de su cuidado médico en Wishard Health Services. Originamos un archivo del cuidado y los servicios que usted recibe para poder proveerle la calidad del cuidado y para cumplir con ciertos requisitos legales. Esta Notificación explica como Wishard Health Services puede usar y revelar la información de salud protegida en éste documento. La información de Salud Protegida significa que cualquier información de salud que Wishard Health Services use para tomar las decisions acerca de su salud, y que lo identifica, o que hay razones para creer que la información puede ser usada para identificarlo. En ésta Notificación, llamamos toda la información de salud protegida "información médica."

Wishard Health Services requiere bajo la ley:

- Asegurarle que su información médica está archivada en privado
- Darle ésta Notificación de nuestras responsabilidades legales y las prácticas de privacidad con respecto a su información
- Adherirse a los términos de nuestra Notificación de Prácticas Privadas que están en vigencia actualmente

¿QUIENES ESTÁN LIMITADOS POR ÉSTA NOTIFICACIÓN?

Esta notificación de las Prácticas Privadas explica las prácticas de Wishard Health Services así como:

- Cualquier profesional del cuidado de la salud autorizado para el acceso o que pueda originar información médica acerca de usted en Wishard Health Services
- Todas las divisiones, los departamentos y las unidades de Wishard Health Services
- Todos los miembros de un grupo de voluntarios a quienes permitimos ayudarle mientras que esté en una facilidad de Wishard Health Services
- Todos los empleados, el personal, los estudiantes, aprendizes y personal trabajando en Wishard Health Services
- Los practicantes médicos, y las prácticas de planes de facultad organizadas bajo IU School of Medicine y IU Medical Group (Primary and Specialty Care), y todos los otros profesionales del cuidado de su salud autorizados para proveerle cuidado médico bajo Wishard Health Services
- Todas las localidades de Wishard Health Services incluyendo Wishard Memorial Hospital, las localidades de Midtown Community Mental Health Center, Lockefield Village Rehabilitation and Healthcare Center, todos los centros de salud de la comunidad, y cualquier otra localidad donde Wishard Health Services provee servicios médicos.

Todos los individuos mencionados y las localidades observarán los téminos de ésta Notificación. Adicionalmente, éstos individuos y localidades pueden compartir la información médica entre ellos para el tratamiento, el pago, o los propósitos de las operaciones de Wishard explicadas en ésta Notificación.

LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED QUE PUEDE SER USADA Y REVELADA

Compartiremos su información médica cuando sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago, o el funcionamiento del cuidado de su salud. Usamos y revelamos su información médica por diferentes propósitos. Cada proósito está explicado a continuación.

1. Para el Tratamiento Médico:

Podemos usar la información médica para proveerle tratamiento. Esta información médica se proporciona a los doctores, las enfermeras, los técnicos, los estudiantes médicos, los hospitales y otras facilidades de salud que estén incluídas en el cuidado de su salud. Las divisiones, los departamentos y las unidades de Wishard Health Services también pueden compartir su información médica para poder coordinar los servicios que necesite. También podemos revelar dicha información a otras personas fuera de WHS, a otros proveedores de cuidado médico que también le proporcionan tratamiento médico, y a las personas que puedan ser parte de su tratamiento médico, como por ejemplo, a los miembros de su familia, el clero, y otras personas que usamos para proveerle servicios que son parte de su cuidado médico. Si le recomendamos a otro proveedor del cuidado de salud, como parte del proceso de recomendación compartiremos su información médica. Por ejemplo, si le recomendamos a un especialista, nos pondremos en contacto con la oficina del doctor y le proveeremos su información médica para que pueda proveer los servicios necesarios para su tratamiento.

2. Para el Pago:

Podemos usar y revelar su información personal para que los servicios que le proveemos puedan ser pagados. Por ejemplo, puede ser necesario que su aseguranza tenga la información del cuidado de salud que usted recibió para que nos pague por dichos servicios o le reimburse la cueta que usted haya pagado. También necesitamos proveer a su aseguranza o a algún programa del gobierno, tal como Medicare o Medicaid la información de su condición médica que necesiten antes de que su plan pueda ser aprobado para determinar si cubrirá los servicios.

3. Para el Funcionamiento del Cuidado de su Salud:

Podemos usar y revelar su información médica para el funcionamiento de nuestro programa y el de otros individuos y organizaciones relacionados con el cuidado de su salud. Esto es necesario para el funcionamiento de Wishard Health Services y para proveer a nuestros pacientes la mejor calidad del cuidado médico. Por ejemplo, usamos su información médica para examinar los servicios que proveemos y el cuidado de su salud que nuestros empleados desempeñan.

Combinamos la información médica de muchos pacientes para decidir si requieren servicios adicionales de Wishard, cuáles servicios no son necesarios y si algunos tratamientos nuevos pueden ser efectivos. Podemos revelar su información a los doctores, las enfermeras, los técnicos, los estudiantes de medicina, y el personal del hospital con el propósito de examinar y aprender información adicional. También combinamos nuestra información con la de otros hospitales para comparar nuestro funcionamiento y ver si podemos mejorar los servicios que ofrecemos. Removemos la información que lo identifica personalmente para que otros usen la información médica para el cuidado de salud sin saber la identidad de los pacientes.

4. Los Recordatorios de Citas:

Usamos y revelamos su información para recordarle por teléfono o correo las citas que tenga, sus exámenes anuales, para llenar sus recetas, o para notificarle si olvidó su cita o si hay que cancelarla.

5. Las Alternativas al Tratamiento:

Usamos y revelamos su información médica para notificarle de alternativas de tratamientos que puedan ser de interés para usted.

6. Los Beneficios y los Servicios Relacionados con su Salud:

Usamos y revelamos su información médica para informarle acerca de los beneficios relacionados con su salud y los servicios que le puedan interesar. Si no desea tener dicha información, usted debe notificar al HIPAA Privacy Officer, Wishard Health Services, 1001 W. Tenth St., Indianapolis, IN 46202 por escrito y pedir que su nombre sea omitido de nuestra lista de contactos.

7. La Recaudación de los Fondos:

Podemos usar su información médica para ponernos en contacto con usted para recaudar fondos para Wishard Health Services. Podemos revelar su información médica a un negocio o fundación relacionado con Wishard para que ellos se pongan en contacto para recaudar fondos para beneficiar a Wishard. Solamente daremos tal información como su nombre y dirección y las fechas en que usted recibió el tratamiento o servicios médicos. Si no desea que se pongan en contacto con usted para los esfuerzos de la recaudación de fondos, usted debe notificar al HIPAA Privacy Officer, Wishard Health Services, 1001 W. Tenth St., Indianapolis, IN 46202 por escrito y pedir que su nombre sea omitido de nuestra lista de contactos.

8. El Directorio de Wishard:

Mientras que sea nuestro paciente, podemos incluír en nuestro directorio su nombre, localización en nuestra facilidad, su condición médica explicada en términos generales (por ejemplo: buena, seria, crítica), y su religión. Esta información, excepto su religión se le puede dar a la gente que pregunte por usted bajo su nombre. Su religión se le puede dar a ciertos miembros del clero, como a un ministro, sacerdote o rabino, aunque no sepan su nombre. Cuando usted se inscribe, se le preguntará si usted quiere ser excluído del directorio por alguna razón.

9. Los Individuos Encargados de su Cuidado Médico o el Pago:

Revelamos cierta información médica limitada a un familiar, amigo, y otra persona que sea identificada por usted directamente en relación al pago de su cuidado médico. Podemos usar o revelar su información médica para notificar a esas personas de su localización o condición general. También podemos usar o revelar su información médica a un público autorizado o entidad privada para asistir en los esfuerzos para aliviar catástrofes. Esto se hará para coordinar la información con esas organizaciones en la notificaión de un miembro familiar, amistad u otro individuo de su localización y condición en general.

10. Las Investigaciones:

Bajo algunas circuntancias, podemos usar y revelar su información médica con el proósito de alguna investigación médica. Por ejemplo:

- Podemos revelar su información a los investigadores preparados para conducir un proyecto de investigación quienes necesiten saber cuántos pacientes tienen ciertos problemas de salud.
- También podemos usar y revelar su información médica para el propósito de alguna investigación que ha sido sometida a un cuidadoso examen conducido por un comité seleccionado y entrenado especialmente y que haya sido aprobado. Este proceso evalúa un proyecto de investigación y su uso para la información médica, y compara el beneficio potencial de la investigación con la necesidad de privacidad del paciente de su información médica.
- Un proyecto de investigación compara la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron una medicina y aquellos que recibieron otra para la misma enfermedad. En tal situación, usted no sería identificado o localizado, pero su información médica puede ser usada confidencialmente.
- En otros estudios, si el doctor que está encargado de su caso cree que usted puede ser beneficiado por alguna investigación, su doctor y el comité aprobará a alguien para localizarlo con el propósito de saber si usted está interesado en el estudio. Entonces usted será localizado con mayor información y usted puede tener el derecho de autorizar ése contacto o negarlo.

USOS Y CONDICIONES REQUERIDOS O PERMITIDOS BAJO LA LEY

Su autorización nó es requerida con las siguientes condiciones:

1. Requisitos bajo la Ley:

Revelaremos su información médica cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

2. Las Actividades de Salud Pública:

Podemos revelar su informacion médica para los proósitos y las actividades de salud pública. Esto incluye reportando información médica a una autoridad de salud pública que está autorizada bajo la ley para colectar o recibir la información. Estas actividades generalmente incluyen:

- Para prevenir o controlar enfermedades, heridas o incapacidades
- Para reportar nacimientos o muertes
- Para reportar abuso infantil o negligencia
- Para reportar reacciones y problemas con productos o medicinas
- Para notificar al público de los productos que haya usado y que han sido cancelados del mercado
- Para notificar a alguien que haya estado expuesto a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad contagiosa

3. Las Victimas of Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica:

Podemos revelar su información médica a alguien autorizado por el gobierno para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica, si creemos que un adulto o un niño sea víctima de abuso, negligencia o de violencia doméstica. Revelaremos su información al extento de que: a) sea requerido por la ley, b) usted esté de acuerdo, c) sea autorizado por la ley y creemos que la información sea necesaria para prevenir un daño serio, o d) ciertas condiciones, si usted está incapacitado, un representante oficial público y de la ley que pida una respuesta inmediata que sea reforzada y que dependa de dicha información.

4. Las Actividades del Descuido de la Salud:

Podemos revelar su información a una agencia encargada del descuido de salud acerca de actividades autorizadas por la ley, incluyendo auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias o acciones disciplinarias. Es necesario mantener éste tipo de actividades vigiladas con las agencias que refuerzan el sistema nacional de la salud, los programas de beneficio del gobierno, y enforzando los derechos de las leyes civiles.

5. El Procedimiento Judicial y Administrativo:

Podemos revelar su información médica repondiendo a una orden administrativa judicial. También lo haremos en respuesta a una orden de comparecencia, requisito de descubrimiento, u otro proceso legal pero solamente si se han hecho esfuerzos para notificarle del requisito o para obtener una orden protegiendo la información de ser revelada.

6. Las Revelaciones con el Propósito de Enforzar la Ley

Podemos revelar su información médica a los oficiales de la ley por éstos propósitos:

- Como sean requeridos por la ley
- En respuesta a la corte, jurado de acusación o a una orden administrativa del jurado, una orden de comparecencia legal o una orden judicial
- Para identificar o localizar a alguien quien ha sido identificado como sospechoso, fugitivo, testigo, o alguna persona perdida
- Acerca de un sospechoso de haber cometido un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas no podemos obtener los archivos de ésa persona.
- Para poner en alerta a una posible víctima o a alguien con intenciones de lastimar a alguien ("obligación de advertencia")