

**MUTUO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
DE LA
UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA HEALTH CARE SYSTEM ORGANIZED HEALTH
CARE ARRANGEMENT**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED SE PUEDE
USAR Y DIVULGAR Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Fecha de entrada en vigor: **1 de mayo
de 2019**

QUIÉN SIGUE ESTE AVISO

Este mutuo aviso de prácticas de privacidad («aviso») aplica a entidades que son propiedad o son administradas por el University of North Carolina Health Care System («UNCHCS»), incluyendo instituciones de UNCHCS, clínicas, departamentos y otras áreas de servicio («entidades de UNCHCS»); nuestros empleados, contratistas, aprendices y voluntarios; miembros de nuestro personal médico y su personal autorizado, cuando le proporcionan servicios a usted en una ubicación de UNCHCS y cualquier otro miembro de los trabajadores de UNCHCS que están autorizados para utilizar o acceder su información médica (de manera colectiva, «nosotros»). Para obtener una lista de todas las entidades de UNCHCS que siguen este aviso, vea por favor nuestra página web (www.unchealthcare.org) o llame a la UNCHCS Privacy Office al número gratuito 1-833-407-6257.

Hemos creado un acuerdo para el cuidado organizado de la salud («OHCA», por sus siglas en inglés), para permitirnos tratar mejor sus necesidades de cuidado médico al simplificar las formas como protegemos y usamos su información de la salud. El OHCA nos permite proporcionarle este único aviso y compartir, entre nosotros, de manera eficiente su información de la salud con el propósito de tratamiento, pago y operaciones del negocio de cuidados de la salud. Por ejemplo, cuando los médicos, enfermeras y otras personas que no son empleados de una entidad de UNCHCS le proporcionan cuidados en una localidad de UNCHCS ellos son parte de UNCHCS OHCA y tienen que acatar este aviso. Sin embargo, cada miembro de OHCA mantiene su propia identidad legal. Al participar en el OHCA, ningún miembro está proporcionando servicios de cuidados médicos para otro miembro del OHCA o en nombre de otro miembro del OHCA.

NUESTRA OBLIGACIÓN DE PROTEGER SU INFORMACIÓN DE LA SALUD

Por ley estamos obligados a proteger la privacidad de su información de la salud protegida, proporcionarle el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de la privacidad con respecto a información de la salud protegida, y acatar los términos de este aviso actualmente en efecto. La información de la salud protegida (Protected Health Information - PHI por sus siglas en inglés) incluye información que nosotros recopilamos sobre su salud pasada,

presente y futura, cuidado de la salud que nosotros le proporcionamos y pago por el cuidado de su salud.

Cambios a este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer nuevas provisiones aplicables a toda la PHI que mantenemos. Si cambiamos este aviso, pondremos una copia del aviso en nuestras instalaciones y en nuestra página web en www.unchealthcare.org.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE LA SALUD PROTEGIDA

La ley federal requiere que protejamos la privacidad de su PHI. Además, la ley de Carolina del Norte no solamente protege sus derechos de privacidad, sino también su relación con su médico y, si aplica, con su proveedor de cuidados de la salud mental. La ley estatal restringe la divulgación de su información de la salud bajo muchas circunstancias. Sin embargo, puede que divulguemos su información de la salud bajo la ley estatal y federal para tratamiento, pago y operaciones del negocio de cuidados de la salud con su consentimiento; de acuerdo a una orden de la corte o conforme sea permitido o requerido por la ley.

La ley estatal de Carolina del Norte y la ley federal nos permiten usar y divulgar su PHI sin su autorización escrita de la manera siguiente:

Tratamiento: Nosotros necesitamos usar y divulgar la PHI acerca de usted para proporcionar, coordinar o dirigir su cuidado de la salud y servicios relacionados. Esto puede incluir comunicarse con otros proveedores de cuidados de la salud con relación a su tratamiento y coordinar y dirigir su cuidado con otros. Por ejemplo, necesitamos usar y divulgar su PHI tanto dentro como fuera de nuestro sistema cuando usted necesita recetas médicas, pruebas de laboratorio, rayos-x u otros servicios de cuidados de la salud. Además, necesitamos usar y divulgar su PHI al remitirle a otro proveedor de cuidados de la salud.

Pago: Puede que usemos y divulguemos su PHI a otros para facturar y cobrar el pago por los tratamientos y servicios que le proporcionamos. Antes de recibir servicios programados, podría necesitar compartir información acerca de estos servicios con su(s) plan(es) de seguro médico. Compartir la información nos permite solicitar cobertura bajo su plan de salud o póliza y para obtener aprobación de pago antes de prestarle los servicios. Podríamos también necesitar compartir información médica acerca de usted con los siguientes:

- Agencias o departamentos de cobros, o abogados ayudándonos con los cobros, incluyendo la Oficina del Fiscal General de Carolina del Norte.
- Compañías de seguros, planes de seguro médico y sus agentes.
- Agencias de reporte al consumidor (por ejemplo, agencias de crédito).
- Otros que sean responsables por sus cuentas, tales como su cónyuge o un garante de sus cuentas, según sea necesario para que podamos cobrar el pago.

Operaciones del negocio de cuidados de la salud: Podemos usar y divulgar su PHI para realizar actividades de negocios, las cuales llamamos «operaciones del negocio de cuidados de la

salud» que nos permiten mejorar la calidad del cuidado que proveemos y reducir los costos del cuidado de la salud. Puede que utilicemos su PHI para nuestras «operaciones del negocio de cuidados de la salud» y aquellas del acuerdo para el cuidado organizado de la salud en el que nosotros participamos. Además, puede que necesitemos divulgar su PHI para las «operaciones del negocio de cuidados de la salud» de otros proveedores involucrados en su cuidado para mejorar la calidad, eficiencia y costos de su cuidado o para evaluar y mejorar el rendimiento de sus proveedores. Por ejemplo: los miembros del personal médico, el equipo de gestión de riesgos o el equipo de mejora de calidad, incluyendo Patient Safety Organizations, pueden utilizar información en su expediente médico para evaluar el cuidado que usted recibe y los resultados de su tratamiento. Puede que también divulguemos información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros miembros del personal de UNCHCS para propósitos de revisión y enseñanza.

Actividades para recaudar fondos: Puede que usemos o divulguemos cierta PHI sobre usted, incluyendo divulgarla a una de nuestras fundaciones para contactarle para recaudar fondos para nuestros servicios y operaciones. Usted tiene el derecho de rehusar seguir recibiendo estas comunicaciones. Si usted no desea que utilicemos su PHI para contactarle en nuestros esfuerzos para recaudar fondos, llame por teléfono o escriba a la dirección que se encuentra en la última página de este aviso.

Recordatorios de citas: Puede que utilicemos y compartamos información de la salud para contactar con usted como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o cuidado médico.

Alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud: Puede que utilicemos y compartamos información de la salud para decirle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que pueden interesarle, beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden interesarle o para decirle sobre nuevas instalaciones que estamos abriendo.

Acuerdos para el cuidado organizado de la salud (OHCAs): Muchas de las entidades de UNCHCS también participan en la UNC Health Alliance, LLC, una red integrada de forma clínica que se ha establecido a sí misma como una OHCA. Este arreglo permite a los participantes compartir su PHI entre ellos para el tratamiento, pago y operaciones del negocio de cuidados de la salud y para ciertas actividades conjuntas.

Podemos usar y divulgar la PHI bajo otras circunstancias sin su autorización o sin la oportunidad de concordar u oponerse.

Podemos usar o divulgar su PHI en un sinnúmero de circunstancias en las cuales usted no tiene que consentir, dar autorización o de otra manera tener la oportunidad de concordar u oponerse, como:

- Cuando sea necesario para **evitar una grave amenaza a su salud y seguridad** o a la salud y seguridad del público u otra persona.
- A **organizaciones que facilitan la donación y trasplante** de tejidos u órganos.

- Para **oficiales autorizados** cuando **se requiere bajo la ley federal, estatal, o local**. Por ejemplo: reportar abuso o negligencia hacia un niño o una persona discapacitada o para reportar cierto tipo de heridas o lesiones.
- En respuesta a ciertas **citaciones, órdenes de la corte, u órdenes administrativas**.
- Conforme lo requiere la ley, para **actividades de salud pública**. Por ejemplo: evitar o controlar enfermedades y reportar nacimientos y muertes.
- Para actividades **aprobadas de indemnización por accidentes laborales ‘Worker’s Compensation’**.
- A **agencias regulatorias de salud**. Por ejemplo: agencias que hacen cumplir con requerimientos de licencias o acreditación.
- A **las autoridades policiales**, como en el caso de ciertos crímenes.
- A **los funcionarios forenses, médicos forenses o directores de funerarias** para llevar a cabo sus obligaciones.
- Conforme lo necesiten las **autoridades del mando militar**, si usted es miembro de las fuerzas armadas.
- A nuestros **asociados de negocios** para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones del negocio de cuidados de la salud en nuestro nombre. Por ejemplo: puede que divulguemos información de salud sobre usted a la compañía que factura a las compañías de seguro por nuestros servicios.
- Para **investigación** o para reunir información en bases de datos para usar en investigaciones en el futuro. Puede que divulguemos su PHI y las muestras sobrantes, para investigación que esté aprobada por un comité de revisión de investigación que determinó que su consentimiento escrito para la divulgación no se requiere. Puede que también revisemos su PHI para determinar si usted califica para participar en un estudio de investigación médica o para permitir al investigador que lo contacte por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o por correo postal para determinar si usted está interesado en participar en un estudio de investigación médica.
- A un **centro penitenciario que tiene su custodia legal** conforme sea necesario para su salud y la seguridad de otros.
- Podemos **quitar o agregar identificadores** para que la información se vuelva anónima y después usarla o compartirla sin su autorización por escrito.

Usted se puede oponer a ciertos usos y divulgaciones: A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar la PHI acerca de usted en las siguientes circunstancias:

- **Directorios del hospital o de las instalaciones.** Podemos compartir su ubicación en la instalación y su condición en general (crítica, grave, etc.) en nuestra lista de pacientes con personas que pregunten por usted por su nombre. Puede que también compartamos su afiliación religiosa con el clero.
- **Personas involucradas en su cuidado o en el pago por su cuidado.** Puede que compartamos su información de salud con un familiar, representante personal, amigo u otra

persona que usted identifique, cuando la información está directamente relacionada con la participación de ellos en su cuidado o en el pago por su cuidado.

- **Circunstancias de emergencia y auxilio en casos de desastre.** Podemos compartir con una agencia pública o privada (por ejemplo, la Cruz Roja Americana) su PHI por razones de auxilio en casos de desastre. Aun cuando usted se oponga, podemos compartir la PHI acerca de usted, si es necesario en circunstancias de emergencia. En caso de emergencia, o si usted está incapacitado para tomar decisiones por sí mismo, usaremos nuestro juicio profesional para decidir si es lo más conveniente para usted compartir su PHI con una persona involucrada en su cuidado.

Algunos usos y divulgaciones de su PHI requieren su autorización por escrito:

Obtendremos su autorización en el caso que tengamos que buscar:

- El uso o divulgación de las notas de psicoterapia;
- el uso o divulgación de su PHI con propósitos de mercadeo; o
- la venta de cualquier información de su PHI.

Nosotros también pediremos su autorización para cualquier otro uso o divulgación de su PHI de otra manera no descrito en este aviso de prácticas de privacidad.

Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su PHI, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, no podremos usar o divulgar su PHI con los propósitos incluidos en su autorización escrita. Sin embargo, no podemos cambiar las divulgaciones ya hechas de conformidad con una autorización válida.

Puede que usted tenga derechos adicionales bajo otras leyes: Las leyes de Carolina del Norte pueden proporcionarle más protección para tipos específicos de información que las leyes federales protegiendo la privacidad de su PHI, y donde proceda, nosotros cumpliremos con los requisitos de esas leyes de Carolina del Norte. La ley de Carolina del Norte dispone en general que obtengamos su consentimiento por escrito antes de divulgar información de la salud acerca de su salud mental, discapacidades del desarrollo o servicios para tratar el abuso de sustancias. Existen algunas excepciones a este requisito.

Puede que cierta información sobre alcohol, abuso de drogas y tratamiento psiquiátrico tenga protecciones especiales de privacidad:

Si usted recibe tratamiento en uno de estos programas o instalaciones, recibirá un aviso adicional en relación con la confidencialidad de su información de salud. Nosotros no divulgaremos ninguna información de la salud que lo identifique como paciente de dicho programa o instalación, ni proveeremos información relacionada con su tratamiento en dicho programa o instalación a menos que:

- Usted o su representante personal dé consentimiento por escrito.
- Una orden de la corte requiere la divulgación.
- Personal médico necesite información para darle tratamiento en una emergencia médica.
- Personal calificado use la información para investigación u actividades operativas.
- Es necesario reportar un crimen o una amenaza para cometer un crimen.
- Es necesario reportar abuso o negligencia conforme lo requiere la ley.

Disposiciones especiales para menores de edad bajo la ley de Carolina del Norte: Bajo la ley de Carolina del Norte, los menores de edad, con o sin el consentimiento de un padre o guardián, tienen el derecho a consentir para recibir servicios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades incluyendo: enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben ser denunciadas al Estado de Carolina del Norte; embarazo; abuso de medicamentos regulados o alcohol; y perturbación emocional. Si usted tiene menos de 18 años, no está casado y no se ha emancipado legalmente o se ha enlistado en las fuerzas armadas, usted puede autorizar tratamiento para el embarazo, abuso de drogas o alcohol, enfermedad venérea o perturbación emocional, sin la autorización de un adulto. Esta información permanecerá confidencial, a menos que su médico determine que sus padres o guardián necesitan conocer esta información debido a que hay una amenaza grave a su vida o salud, o sus padres o guardián han preguntado de manera específica sobre su tratamiento. Tenga en cuenta que los menores todavía necesitan obtener autorización de los padres o la corte para un aborto o autorización de la corte para la esterilización.

Puede que nosotros le contactemos por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto: Si usted nos proporcionó un correo electrónico o un número de teléfono fijo o teléfono celular, puede que utilicemos esa información para contactarle por correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto para coordinar el cuidado de su salud, informarle de servicios que pueden beneficiarle o discutir su cuenta. Investigadores médicos afiliados con UNCHCS también pueden utilizar esta información para ofrecerle la oportunidad de participar en un estudio de investigación médica o comunicarse con usted acerca de un estudio de investigación médica en el que usted participa.

Intercambios de Información de Salud. Algunas entidades de UNCHCS pueden participar en uno o más Intercambios de Información de Salud (Hites, por sus siglas en inglés). Un HIE es un sistema electrónico que permite a otros proveedores de atención médica que le dan tratamiento, acceder y compartir su información médica si ellos también participan en el HIE. Las entidades de UNCHCS que participan en uno o más Hites compartirán su PHI con los Hites y puede que utilicen los Hites para acceder su PHI para ayudarnos a proporcionarle atención médica.

Algunas entidades de UNCHCS pueden participar en North Carolina HealthConnex (el «Exchange») a través de North Carolina Information Exchange Authority, 'La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte'. Las entidades de UNCHCS que participan en el Exchange, comparten su PHI con el Exchange y puede que utilicen el Exchange para acceder su PHI para ayudarnos a proporcionarle atención médica. Si usted no quiere que los participantes del Exchange accedan su PHI, usted debe presentar un formulario directamente al Exchange si decide no participar. El formulario para optar no participar se puede descargar directamente de la página web NC Health Information Authority (<https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>). La información que explica los beneficios del intercambio y las instrucciones de cómo optar no participar se encuentran disponibles también en el sitio web del Exchange. Incluso si decide no participar en el Exchange, puede que usemos su PHI disponible del Exchange para proporcionarle cuidado de emergencia a usted o para la salud pública o con propósitos de investigación autorizados por ley. La no participación tampoco afectará nuestra obligación para divulgar su PHI al Exchange cuando recibe servicios de hospital que paga Medicaid u otros

recursos financiados por el estado de Carolina del Norte.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU PHI

Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI: Usted tiene el derecho de solicitar que se restrinja el uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones del negocio de cuidados de la salud; para nosotros en un hospital o el directorio de una instalación; o a familiares y otros involucrados en su cuidado; pero no estamos obligados a aceptar, en la mayoría de los casos, las restricciones que solicitó. Si aceptamos su solicitud, lo cumpliremos a menos que la información se necesite para proporcionar tratamiento de emergencia o sea necesario divulgarla por ley o de otra manera descrita en este aviso. Si usted paga el monto total por adelantado por ciertos artículos o servicios y solicita que no divulguemos información acerca de esos artículos o servicios a su plan de seguro médico, lo cumpliremos. Cualquier otra solicitud para restricciones en el uso o divulgación de su PHI nos las deben hacer por escrito. Para solicitar una restricción, debe presentar su solicitud por escrito en el formulario adecuado a la Health Information Management Department o a la clínica donde recibió tratamiento. Los formularios están disponibles en nuestro sitio web o contactando con el Health Information Management Department o la localidad donde recibió tratamiento.

Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted usando diferentes vías: Usted tiene el derecho a solicitar cómo y cuándo contactamos con usted sobre la PHI. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted a la dirección o número de teléfono de su trabajo o por correo electrónico. Su solicitud debe constar por escrito. Tenemos que darles cabida a solicitudes razonables, pero cuando sea apropiado, podemos condicionarlo a que usted nos proporcione información de cómo se va a hacer el pago, y la indicación de usted de una dirección alternativa u otro método de contacto. Para solicitar un método de contacto alternativo, debe presentar su solicitud por escrito en el formulario adecuado al Health Information Management Department o a la clínica donde recibió tratamiento. Los formularios están disponibles en nuestro sitio web o contactando con el Health Information Management Department o la localidad donde recibió tratamiento.

Usted tiene el derecho a ver y copiar la PHI acerca de usted: Usted tiene el derecho a ver y a recibir una copia de su PHI contenida en expedientes clínicos, de facturación y otros expedientes usados para tomar decisiones acerca de usted que forman parte de nuestro set de expediente médico designado. Usted tiene el derecho a recibir una copia de su PHI en su versión electrónica original si es posible, o si no, en otro formato electrónico en el que estemos de acuerdo usted y nosotros. Para ver o copiar su información de salud, usted debe presentar su solicitud por escrito en el formulario adecuado al Health Information Management Department o a la clínica donde recibió tratamiento. Puede que haya un cargo por los costos de copiar, enviar por correo postal u otros suministros relacionados con su solicitud. Puede que deneguemos su solicitud para ver y obtener copias de su información de salud en algunas circunstancias muy limitadas. Usted tiene el derecho a apelar la denegación.

Usted tiene el derecho a pedir una enmienda de algunas partes de su PHI: Si cree que su información de salud y facturación está incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corriamos.

Podemos denegar su solicitud si:

- Nosotros no creamos la información.
- La información no forma parte de los expedientes que se usaron para tomar decisiones acerca de su cuidado.
- Creemos que la información es correcta y completa.
- La solicitud pertenece a una parte del expediente que usted no tiene derecho a revisar.

Su petición debe constar por escrito y debe explicar los motivos para la solicitud. Si denegamos la solicitud, nosotros le avisaremos por escrito los motivos de nuestra negativa y describiremos sus derechos a entregarnos una declaración por escrito si no está de acuerdo con la negativa. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, nos esforzaremos de manera razonable para hacer saber a otros de la enmienda, incluyendo personas que usted señale que hayan recibido la PHI y que necesitan la enmienda. Para solicitar una enmienda usted debe presentar su solicitud por escrito en el formulario adecuado al Health Information Management Department o a la clínica donde recibió tratamiento. Los formularios están disponibles en nuestro sitio web o contactando con el Health Information Management Department o la localidad donde recibió tratamiento.

Usted tiene el derecho a un listado de algunas divulgaciones que hemos realizado de su PHI: Usted tiene el derecho de recibir una lista escrita de algunas divulgaciones que hemos realizado de su PHI. Usted puede solicitar las divulgaciones hechas hasta por seis (6) años antes de la fecha de la solicitud. Estamos obligados a proporcionar una lista de todas las divulgaciones, exceptuando las siguientes:

- Para su tratamiento;
- para facturación y cobro del pago por su tratamiento;
- para operaciones del negocio de cuidados de la salud;
- que se le hizo a usted o que usted solicitó, o autorizó;
- incidental a usos y divulgaciones permitidos;
- que se les hizo a personas involucradas en su cuidado, para los propósitos de dirección o de notificación;
- que la ley permite cuando el uso o divulgación concierne a ciertas funciones gubernamentales especializadas o concierne a instituciones correccionales y en otras situaciones de estar bajo la custodia de fuerzas del orden público;
- como parte de un set de información limitada que no contiene cierta información que lo identificaría a usted.

La lista incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección si está disponible) de la persona u organización que recibe la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la divulgación. Si, bajo circunstancias que lo permiten, la PHI acerca de usted se ha divulgado para ciertos tipos de proyectos de investigación, la lista puede incluir diferentes tipos de información. Si usted solicita una lista de divulgaciones más de una vez en un período de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable de dinero. Para solicitar una lista de las divulgaciones, contacte con Health Information Management Department para obtener y llenar un formulario para hacer su solicitud.

Usted tiene derecho a la notificación de una violación: Usted tiene el derecho a recibir una notificación en el caso de una violación a su PHI no asegurada.

Usted tiene el derecho a una copia de este aviso: Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso, en cualquier momento, comunicándose con la UNCHCS Privacy Office al (984) 974-1069 o al número gratuito al (833) 407-6257. Le proporcionaremos una copia de este aviso a más tardar en la fecha en que reciba nuestros servicios por primera vez (exceptuando servicios de emergencia, en cuyo caso, la suministraremos lo antes posible). Pondremos una copia vigente del aviso de prácticas de privacidad en cada instalación de tratamiento y en nuestro sitio web: www.unchealthcare.org.

CONTACTOS PARA PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted necesita más información sobre las prácticas de privacidad o si tiene preguntas sobre este aviso, si usted considera que hemos violado sus derechos de privacidad, o si quiere quejarse sobre nuestras prácticas de privacidad, puede contactar con UNCHCS Privacy Office por teléfono, correo electrónico o correo postal usando la información de contacto que se lista a continuación:

**Privacy Office
UNC Health Care System
101 Manning Drive
Chapel Hill, North Carolina 27514
Privacy@unchealth.unc.edu
Teléfono: (984) 974-1069; número gratuito (833) 407-6257**

Si usted presenta una queja, no tomaremos ninguna acción en contra suya ni en forma alguna cambiaremos nuestro tratamiento hacia usted. También puede presentar una reclamación por escrito ante el United States Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) mandando una carta a 200 Independence Avenue, SW., Washington, D.C. 20201; llamando al 1-877-696-6775, o visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.