

**NOTIFICACIÓN CONJUNTA SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD  
Y SOBRE LAS DISPOSICIONES DE ASISTENCIA MEDICA ORGANIZADA**

Fecha de vigencia: 14 de Abril de 2003

**ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR  
INFORMACIÓN MEDICA ACERCA DE USTED Y COMO PUEDE USTED OBTENER  
DICHA INFORMACIÓN.  
FAVOR REVISARLA CUIDADOSAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, favor ponerse en contacto bien sea con la Oficina de Privacidad de Shands HealthCare (Shands) o la Oficina de Privacidad del University of Florida Health Science Center (UFHSC), como se indicada a continuación:

Shands HealthCare Privacy Office                      1-866-682-2372  
University of Florida Privacy Office 1-866-876-4472

**NUESTRA RESPONSABILIDAD LEGAL DE PROTEGER LA INFORMACIÓN MEDICA  
ACERCA DE USTED:**

Comprendemos que su información médica es algo personal y estamos comprometidos a protegerla. Elaboramos un archivo de los cuidados y servicios que Usted recibe en Shands HealthCare o en University of Florida Health Science Center para brindarle cuidados de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Esta Notificación abarca a todos los archivos de su cuidado generado por Shands HealthCare y/o University of Florida Health Science Center, ya sea elaborados por el personal del hospital, el profesorado de la Universidad de Florida, los empleados, los estudiantes, o su médico personal. Esta Notificación explica como podemos utilizar y divulgar información médica acerca de Usted, y da ejemplos cuando sean utiles. Esta Notificación describe además sus derechos referentes a nuestro uso y la divulgación de su información médica.

La ley nos obliga a asegurarnos de que la información médica relativa a su persona sea mantenida privada, de darle esta Notificación de nuestros deberes legales y procedimientos de privacidad, y de atenernos a los términos de la Notificación vigente. **Nos reservamos el derecho de cambiar nuestros procedimientos de privacidad y esta Notificación en cualquier momento.**

- 2 -

**NOTIFICACIÓN SOBRE DISPOSICIONES DE LA ASISTENCIA MEDICA  
ORGANIZADA.**

Shands HealthCare, que, para los efectos de esta Notificación, incluye a Shands Teaching Hospital and Clinics, Inc., Shands at Lake Shore, Inc., y Jacksonville Medical Center, Inc., y los University of Florida Health Science Centers, incluyendo en su conjunto las clínicas del UF Health Science Center y oficinas de los médicos; Florida Clinical Practice Association; University of Florida Jacksonville Physicians, Inc.; University of Florida Jacksonville Healthcare, Inc; las Facultades de Medicina, Enfermería, Profesiones de la Salud, Dentistería y Farmacia y otros proveedores de

salud afiliados, incluyendo todos los empleados, voluntarios, y el personal de servicios de salud de la Universidad de Florida, han convenido, de acuerdo con lo permitido por las leyes, de compartir la información relativa a su salud entre ellos para fines de tratamiento, pagos o el buen funcionamiento de las diligencias de su atención médica. Este arreglo nos permite responder mejor a sus necesidades de cuidados de la salud en el entorno integrado que existe entre los proveedores de salud de Shands HealthCare y la Universidad de Florida. Las organizaciones que participan en la Notificación Conjunta lo hacen únicamente para fines de ofrecer esta Notificación Conjunta y para compartir información médica según lo permitan las leyes pertinentes. Estas organizaciones no están proporcionando de manera alguna servicios de atención médica mutuamente o unas por cuenta de otras. Shands HealthCare y la Universidad de Florida son dos proveedores de servicios de salud separados y cada uno se hace responsable individualmente por sus propias actividades, inclusive el cumplimiento de las leyes de privacidad y por todos los servicios de atención médica que brinda.

1) **PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MEDICA SIN SU PERMISO ESCRITO BAJO LAS CIRCUNSTANCIAS SIGUIENTES:**

- Podemos usar y divulgar su información médica **para proporcionarle tratamiento médico y para coordinar y gestionar sus cuidados y servicios relacionados.** Esto puede incluir comunicarnos con otros médicos acerca de su tratamiento y la coordinación y gestión de su atención médica con otros. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información médica cuando Usted necesita una receta médica, análisis de laboratorio, una radiografía u otros servicios. También podemos usar y divulgar su información médica cuando lo referimos a otro médico.

- 3 -

Podemos usar y divulgar su información médica para **facturar y recibir pagos.** Por ejemplo: podemos enviarle una factura a Usted o a su compañía aseguradora. La información contenida en la factura o en su anexo puede incluir datos que lo identifiquen, así como su diagnóstico, los procedimientos y suministros usados, a fin de que su plan médico pague la factura. Asimismo podemos informar a su compañía aseguradora acerca del tratamiento que Usted va a recibir para su aprobación previa o para determinar si su plan médico cubrirá ese costo.

- Podemos usar y divulgar su información médica para **las diligencias de su atención médica.** Utilizaremos su información médica para el funcionamiento regular del hospital y de las clínicas para asegurar que todos nuestros pacientes reciban cuidados de calidad. Por ejemplo: los miembros del personal médico, el equipo de gestión de riesgos o el equipo de mejoramiento de calidad puede utilizar la información contenida en su expediente médico a fin de evaluar el cuidado y los resultados en su caso y en otros similares. Esta información será luego utilizada para el mejoramiento continuo de la calidad y efectividad de la atención médica y de los servicios que brindamos. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal del Centro de Salud para revisión y fines educativos.

- Podemos contactarle para **recordarle que tiene una cita médica** o darle información sobre alternativas de tratamiento y otros **beneficios relacionados con su salud** que pueden ser de su interés.
- Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de Usted para recomendar **alternativas de tratamiento**. Podemos usar y divulgar su información médica para comunicarle o recomendarle opciones de tratamiento o alternativas que pueden ser de su interés.
- Podemos utilizar y divulgar su información de contacto para actividades de **recaudación de fondos** con la finalidad de reunir fondos para Shands y/o UFHSC y sus operaciones. Si Usted no quiere ser contactado para actividades de reunir fondos, deberá notificar bien sea la Oficina de Privacidad de Shands o la de la Universidad de Florida, escribiendo a las direcciones indicadas abajo:

- 4 -

Shands Health Care, Compliance Department, Post Office Box 103175, Gainesville, 32610-3175, 1-866-682-2372 o a los UF Health Science Centers, o escriba a University of Florida Privacy Office, P.O. Box 100014, Gainesville, FL 32610-0014 o llame al 1-688-876-4472.

- Podemos divulgar su información médica a nuestros **Asociados Profesionales** para realizar tratamiento, pagos o para las diligencias de su atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a una compañía que factura a las aseguradoras por nuestra cuenta, a fin de que esta compañía nos asista en obtener pagos por los servicios que brindamos.
- Podemos divulgar información médica para la **investigación científica o recopilar información en bases de datos utilizadas para la investigación**. Los proyectos de investigación son revisadas por una Junta de Revisión a fin de proteger la privacidad de su información médica.
- Revelaremos información médica acerca de Usted según lo **requieran las leyes federales, estatales o locales**. **Podemos revelar información médica acerca de Usted a los funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional y de inteligencia**.
- Podemos divulgar información médica acerca de Usted cuando sea necesario, a fin de prevenir una **amenaza seria para su salud y seguridad** o para la salud y seguridad pública o de otra persona.
- Podemos divulgar información médica acerca de Usted a las **organizaciones que se dedican a la adquisición, conservación o el transplante de órganos** para fines de donación y transplante de órganos y tejidos.
- Si Usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información médica acerca de Usted según sea requerido por las **autoridades del comando militar**. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

- Podemos divulgar la información médica que sea necesaria según las leyes con relación a la **indemnización de trabajadores** u otros programas similares establecidos por la ley, que brindan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

- 5 -

- Podemos revelar su información médica, según lo requerido por la ley, para las **actividades de salud pública**, que podrían incluir la prevención o el control de enfermedades, lesiones o incapacidad, censo de nacimientos o fallecimientos, informes sobre reacciones o problemas con los medicamentos e informes sobre abuso, negligencia o violencia en el hogar.
- Podemos divulgar su información médica a los **organismos de supervisión de la salud, según lo requerido por las agencias que aseguran el cumplimiento con los requisitos de licencias o acreditación**. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias.
- Podemos divulgar información médica acerca de Usted en cumplimiento de una **orden administrativa o judicial**. También podemos divulgar información médica acerca de Usted para cumplir con una orden de comparecencia, solicitud de pruebas u otro proceso legal. Podemos divulgar información médica acerca de Usted para fines policiales según lo requiere la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información médica acerca de Usted para cumplir con las leyes de notificación obligatoria sobre ciertos tipos de heridas u otras lesiones físicas.
- Podemos divulgar información médica acerca de Usted a **médicos forenses o directores de funerarias**, congruente con las leyes que rigen para el ejercicio de sus funciones respectivas.
- Podemos divulgar la información médica acerca de Usted que sea necesaria para su salud y la salud y seguridad de otros individuos a una **institución correccional** que tenga custodia legal sobre Usted.

## 2) CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

La información sobre el **Abuso del Alcohol, de Drogas y el Tratamiento Psiquiátrico** puede tener protecciones especiales de privacidad. No divulgaremos información que identifique a un individuo como paciente ni proporcionaremos información médica relacionada con el abuso de sustancias del paciente o su tratamiento psiquiátrico, a menos que 1. El paciente dé su consentimiento por escrito o 2. Una orden judicial requiera la revelación de la información o 3. El personal médico necesite la información para responder a una emergencia médica o 4. Personas calificadas usen la información con fines de investigación científica, evaluaciones administrativas o de programas o auditoría.

- 6 -

financieras o 5. Se hace necesario denunciar un delito o la amenaza de cometer un delito, o 6. para denunciar abusos o negligencia, según lo exige la ley.

- 3) **USTED PUEDE OBJETAR CIERTOS USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA.** Salvo objeción de su parte, podemos utilizar y revelar su información médica en las siguientes circunstancias:
- **Directorios de Hospitales.** Podemos compartir su nombre, el número de su habitación y su condición general en nuestro listado de pacientes con miembros del clero y con las personas que pregunten por Usted por su nombre. También podemos compartir su afiliación religiosa con miembros del clero.
  - **Personas relacionadas con su cuidado y con el pago del mismo:** Podemos utilizar o revelar su información para notificar o asistir en la notificación de un familiar suyo, representante legal, u otra persona responsable por su cuidado.
  - **Circunstancias de Emergencia y Ayuda para Damnificados.** Podemos divulgar información acerca de Usted a una entidad que asiste en actividades de ayuda para damnificados a fin de que su familia pueda ser notificada de su paradero y condición general. A pesar de una objeción suya, podemos compartir su información médica, si fuese necesario en circunstancias de emergencia.
- 4) **Usos adicionales de la Información Médica.** Otros usos y revelaciones de información médica no cubiertos en esta Notificación ni amparados por las leyes que rigen nuestros actos se harán únicamente con el permiso por escrito de Usted. Si Usted nos concede permiso para usar o revelar información médica sobre su persona, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni revelaremos su información médica por los motivos mencionados en su revocación. Usted debe comprender que no podemos retirar ninguna divulgación de información hecha anteriormente, al contar con su permiso, y que se nos exige conservar el registro de la atención médica que le hemos proporcionado.
- 5) **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA.** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos acerca de su persona:

- 7 -

- **Derecho de examinar y copiar su información médica.** Usted tiene el derecho de examinar y obtener copias de la información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones en su caso. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación pero no incluye apuntes relativos a la psicoterapia. Para examinar y copiar su información médica, Usted deberá enviar la solicitud por escrito en el formulario apropiado al Director of Health Information Record Management o al Clinic Manager o la persona que éste designe. Si Usted solicita una copia de la información médica, podemos cobrarle los gastos de copiar, enviar por correo y otros suministros relacionados. *Podemos negar su petición de examinar y copiar en ciertas situaciones muy limitadas.* Si le negamos el acceso a su información, Usted tiene el derecho de pedir que esta decisión se someta a revisión. Otro profesional acreditado de la salud seleccionado por Shands o por UFHSC revisará su petición y la denegación. La persona que hace la revisión no será la misma que la que le negó su petición. Nosotros accederemos al resultado de la revisión.

- **Derecho de Enmendar.** Si considera que la información médica que tenemos sobre su persona es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos o completemos. Usted tiene el derecho de pedir que enmendemos los registros médicos, de facturación y otros que usamos para tomar decisiones acerca de Usted. Su petición debe ser por escrito y debe explicar los motivos de la enmienda.

Podemos negarle su petición si: 1) la información no fue creada por nosotros (salvo si Usted puede probar que la entidad que originó la información ya no está disponible para rectificar el registro); 2) la información no forma parte de los registros que utilizamos para tomar decisiones acerca de Usted; 3) creemos que la información es correcta y completa; o 4) Usted no tendría el derecho de ver y copiar el registro, tal como se menciona más arriba.

Le comunicaremos por escrito los motivos de la denegación y le describiremos sus derechos de entregarnos una declaración escrita expresando su desacuerdo con la denegación. Si aceptamos su petición de enmendar la información, haremos lo posible para informar a otros sobre la enmienda, inclusive a las personas que Usted nos indique y que hayan recibido información acerca de Usted y necesitan la enmienda. Las solicitudes de enmienda deben hacerse por escrito y ser entregadas mediante el formulario apropiado al Director of Health Information and Record Management o a la persona que éste designe, o al Clinic Manager.

- 8 -

- **Derecho a una entrega de cuentas de las revelaciones.** Usted tiene el derecho de pedir que le proporcionemos una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información médica acerca de Usted. Esta entrega no incluye las divulgaciones que hemos hecho para su tratamiento, la facturación y cobros por su tratamiento, diligencias de la atención médica que le hemos brindado o que Usted nos ha pedido o que Usted autorizó, las cuales son derivadas de usos y revelaciones permitidas, hechas a individuos involucrados en su cuidado o para otros fines descritos en los párrafos anteriores.

Para pedir esta lista o entrega de cuentas, su solicitud deberá ser enviada por escrito al - Director of Health Information Management - o a la persona que éste designe, o al - Clinic Manager -. Su solicitud deberá indicar un lapso de tiempo que no sobrepase los seis años y no podrá incluir fechas anteriores al 14 de Abril de 2003. La primera lista que Usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podríamos cobrarle los gastos de elaboración. En cuyo caso le notificaríamos el costo de que se trate y Usted podrá entonces optar por retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en algún gasto.

- **Derecho de Pedir Restricciones.** Usted tiene el derecho de pedir que se restrinja o limite la información médica sobre su persona que utilizamos o damos a conocer con respecto al tratamiento, al pago o a las diligencias de su atención médica. *No tenemos la obligación de acceder a su petición.* En caso de que accedamos, lo haremos a menos que la información se requiera para proporcionarle atención médica de urgencia o que la revelación se requiera por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, y/o para los usos y otras divulgaciones enumeradas en esta notificación.

Las solicitudes de restricciones deberán someterse por escrito al Supervisor de Admisiones o a los Gerentes de la Clínica. De ser necesario, los Supervisores de Admisiones o los gerentes de la Clínica se comunicarán con los Funcionarios de Privacidad para mayor orientación sobre su solicitud. Usted deberá indicar en su solicitud (1) qué clase de información desea limitar; (2) si Usted quiere restringir su uso por parte nuestra, su divulgación o ambas cosas; y (3) a quienes debe aplicarse esta limitación.

**Derecho de Escoger de Cómo nos Comunicamos con Usted.** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con Usted de una cierta forma o en cierto lugar, tratándose de asuntos médicos. Por

- 9 -

ejemplo, Usted podría pedirnos que lo contactemos en su trabajo o por correo. Su petición deberá hacerse por escrito al Supervisor de Admisiones en Shands, o a los Gerentes o Supervisores de Clínicas de UFHSC, si es dirigida a UFHSC. No le preguntaremos el motivo de su petición. Accederemos a las solicitudes razonables.

- **Derecho a una copia de esta notificación.** Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de esta notificación. Puede obtenerla en nuestro website, [www.Shands.org](http://www.Shands.org), o en la Oficina de Privacidad de UF Health Science Center en [www.privacy.health.ufl.edu](http://www.privacy.health.ufl.edu).

#### **MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN**

- Nos reservamos el derecho de hacer modificaciones a esta notificación en cualquier momento y la versión revisada o modificada tendrá vigencia con respecto tanto a la información con que ya contamos sobre su persona como a la información que recibamos posteriormente. La notificación vigente será fijada en un tablón de anuncios en las instalaciones de Shands HealthCare y del UF Health Science Center y llevará la indicación de su fecha de vigencia en la primera página en la esquina superior derecha del documento.

#### **QUEJAS**

- Si Usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentarnos una queja o al - Secretary del Department of Health and Human Services -. No se tomará ninguna medida en su contra por haber interpuesto una queja.

Para presentar una queja de Shands HealthCare, deberá ponerse en contacto con - Shands HealthCare Privacy Officer, Compliance Department -, Post Office Box 103175, Gainesville, FL 32610-3175, o llamar al 1-866-682-2372. Para presentar una queja de los UF Health Science Centers, llame al 1-866-876-4472 o escriba a la - University of Florida Privacy Office - en P.O. Box 100014, Gainesville, FL 32610-0014. Todas las quejas deberán hacerse por escrito en el formulario apropiado que le será suministrado previa solicitud.

Para presentar una queja al - Secretary of Department of Health and Human Services -, deberá ponerse en contacto con la - Office of Civil Rights, Medical Privacy, Compliant Division, U.S. Department of Health and Human Services -, 200 Independence Avenue, SW HHH Bulding, Room 509H, Washington, DC 20201. Teléfono: 866/627-7748 TTY: 866-788-4989. Por correo electrónico del internet: [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).