

# **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD**

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR  
LA INFORMACIÓN MÉDICA SUYA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER  
ACCESO A ELLA. HAGA EL FAVOR DE LEERLO CUIDADOSAMENTE**

**Fecha de entrada en vigor de este aviso: Enero 13, 2005**

## **FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE ESTE AVISO**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, sírvase contactar al Funcionario Encargado de Asuntos de Privacidad de Planned Parenthood of Metropolitan Washington DC, Inc. en el 202-347-8500. La correspondencia escrita se debe enviar a: The Privacy Official, Planned Parenthood of Metropolitan Washington DC, Inc., 1108 16<sup>th</sup> Street, NW, Washington, DC 20036.

### **NUESTRA PROMESA EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Nosotros entendemos que la Información de Salud sobre usted y su atención médica son asuntos personales. Nosotros nos comprometemos a proteger la información de salud sobre usted. Con ese propósito vamos a crear un expediente de la atención y los servicios que recibe de nosotros. Hacemos esto para brindarle una atención de calidad y cumplir con todos los requisitos legales o reglamentarios.

En este Aviso le informaremos sobre las maneras en que nosotros podemos usar o divulgar la información de salud sobre usted. En este Aviso usamos el término “Información de Salud” para referirnos a lo que la ley federal sobre privacidad en asuntos de salud define como “Información de Salud Protegida”. Dicha Información de Salud incluye toda la información que lo identifica a usted, o en relación con la cual existe una base razonable para creer que la información puede usarse para identificarle, incluyendo su nombre, dirección, número de teléfono, número del Seguro Social, número del plan de salud, fecha de nacimiento o fechas relacionadas con el tratamiento médico. Este Aviso también describe sus derechos con respecto a la Información de Salud que mantenemos sobre usted, así como ciertas obligaciones que tenemos en relación con el uso y la divulgación de su Información de Salud.

Este Aviso se aplica a toda su Información de Salud o expedientes de salud creados o recibidos por Planned Parenthood of Metropolitan Washington DC, Inc., ya sea que hayamos documentado la Información de Salud o que nos la haya enviado otro médico. Nuestra promesa sobre su Información de Salud está respaldada por la ley federal. Los reglamentos sobre privacidad y seguridad publicados por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud (“HIPAA” por sus siglas del inglés) nos exigen:

- Mantener la privacidad de su Información de Salud;
- Poner a su disposición este Aviso sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad conforme a la ley, con respecto a la Información de Salud sobre usted; y
- Observar las condiciones del Aviso en vigor actualmente.

## **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

Cuando usted la solicite, la HIPAA nos exige entregarle su Información de Salud, y nosotros tenemos que divulgar su Información de Salud cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humanos para determinar si estamos cumpliendo con la ley federal.

En las categorías siguientes se describen las maneras, conforme a la ley federal, en que podemos usar o divulgar la Información de Salud sobre usted. **A menos que se indique otra cosa, cada uno de estos usos y divulgaciones se puede hacer sin permiso suyo.** Por cada categoría de uso o divulgación, nosotros explicaremos lo que queremos decir y daremos algunos ejemplos. No mostraremos todos los usos o divulgaciones existentes en una categoría. No obstante, a menos que le pidamos una autorización separada, todos los medios que la ley nos permite para usar y divulgar información caerán dentro de una de esas categorías. Cuando divulguemos su información, haremos un esfuerzo razonable para divulgar la cantidad mínima necesaria.

**Para tratamientos.** Nosotros podemos usar Información de Salud sobre usted para ofrecerle tratamiento y servicios de atención de salud. Nosotros podemos divulgar Información de Salud sobre usted a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de ciencias de salud, voluntarios o demás personal que participe en su cuidado. Estos podrán trabajar en nuestras oficinas, en un hospital si usted está ingresado en uno bajo nuestra supervisión, o en la oficina de otro médico, en un laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica a quien nosotros le hayamos enviado para hacer una consulta, tomar radiografías, realizar pruebas de laboratorio, rellenar recetas u otros fines de tratamiento. Por ejemplo, un médico que lo esté tratando tal vez necesite saber si padece de diabetes, pues esta dolencia puede retrasar el proceso de curación. Nosotros podemos suministrar esa información al médico que lo esté tratando en otra institución.

**Para pagos:** Nosotros podemos usar y divulgar Información de Salud sobre usted para poder facturarle el tratamiento y los servicios que reciba de nosotros, y poder cobrar dicho pago de usted, de una compañía de seguros, de un agencia de Medicaid de un estado o de un tercero. Por ejemplo, nosotros tal vez necesitemos dar a su plan de seguro de salud información sobre la visita que hizo a la consulta de un médico, para que su plan de salud nos la pague o reembolse. Por otro lado, tal vez necesitemos dar su Información de Salud a la agencia de Medicaid de su estado para que nos reembolse los servicios que le hayamos prestado. En algunos casos, tal vez necesitemos decirle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir, a fin de obtener la aprobación previa o determinar si su plan va a cubrir el tratamiento. También podremos compartir su Información de Salud con otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento o que le estén prestando servicios de atención médica, a fin de que puedan cobrar sus servicios.

**Para operaciones de atención de salud:** Nosotros podemos usar y divulgar Información de Salud sobre usted para operaciones de nuestra práctica de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar nuestra práctica y asegurarnos que todos nuestros pacientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, nosotros podremos usar la Información de Salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal dedicado a cuidarle. También podremos combinar la Información de Salud de muchos pacientes para decidir los servicios adicionales que debiéramos ofrecer y los que no son necesarios, si ciertos tratamientos nuevos son eficaces, o para comparar cómo nos va en relación con otros profesionales de salud y ver dónde podemos hacer mejoras. Nosotros podemos retirar de este conjunto combinado de Información de Salud, aquella que lo identifique a usted, de manera que otras personas puedan usarla para estudiar el suministro de atención de salud sin saber quiénes son nuestros pacientes específicos. A fin de prevenir abusos de fraude, evaluar la calidad de la atención médica o revisar las calificaciones de profesionales de atención de salud, podremos divulgar su Información de Salud a otros proveedores de atención médica o plan de salud si esa entidad tiene actualmente, o ha tenido en el pasado, una relación médica con usted.

**Recordatorios de citas:** Nosotros podemos usar y divulgar Información de Salud para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita. Haga el favor de decirnos si no desea que lo llamemos en relación con su cita, o si quiere que usemos un número de teléfono o dirección diferente para contactarle con este propósito.

**Actividades para recaudar fondos:** Nosotros podemos usar la Información de Salud sobre usted para contactarle con objeto de recaudar dinero para nuestras operaciones benéficas. Haga el favor de decirnos si no quiere que le contactemos para esta labor de recaudación de fondos.

**Investigación.** Puede haber situaciones en las que queramos usar y divulgar Información de Salud sobre usted para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede comparar la eficacia de un medicamento en relación con otro. Para cualquier proyecto de investigación que utilice su Información de Salud, nosotros o bien le pediremos su autorización, que usted tiene el derecho a revocar por escrito, o le pediremos a una Junta Institucional de Revisión o Privacidad que nos exima del requisito de obtener la autorización. La exención de autorización se basará en las seguridades dadas por una junta de revisión a los efectos de que los investigadores protegerán adecuadamente la privacidad de su Información de Salud.

**Otros tipos de tratamiento o beneficios.** Puede haber situaciones en las que nosotros queramos darle información sobre otros tipos de tratamiento, beneficios o servicios relacionados con la salud y seguridad que consideremos que puedan interesarle.

**Conforme lo exija la ley.** Nosotros divulgaremos Información de Salud sobre usted cuando nos lo exija una ley federal, estatal o local.

**Para evitar una amenaza seria para la salud o la seguridad.** Nosotros podremos usar y divulgar Información de Salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, este tipo de divulgación solo sería con alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Nosotros también podremos divulgar su Información de Salud en ciertas situaciones en las que sea necesario para hacer cumplir la ley y detener a un individuo.

**Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas o ha sido separado o dado de alta de un servicio militar, nosotros podremos divulgar Información de Salud sobre usted conforme lo exijan las autoridades del mando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos aplicables al caso. También podremos entregar Información de Salud sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

**Seguro obrero.** Nosotros podemos entregar Información de Salud sobre usted a programas de seguro obrero u otros similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos de salud pública.** Nosotros podemos divulgar Información de Salud sobre usted para actividades de salud pública. Entre estas actividades generalmente figuran las siguientes:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Reportar nacimientos y defunciones;
- Denunciar abuso o abandono de niños;
- Reportar reacciones a medicamentos o problemas con ciertos productos;
- Informar a los consumidores sobre la recogida de productos que puedan estar usando;
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que corra el riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o dolencia;
- Notificar a la autoridad oficial si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Nosotros solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo con ello, o cuando lo exija o autorice la ley. Nosotros notificaremos a un paciente si hacemos este tipo de divulgación, a menos que creamos que dicha notificación representa un riesgo de perjuicio para el paciente.

**Notificaciones sobre su atención.** Nosotros podemos divulgar su Información de Salud a un miembro de su familia o a su amigo personal cercano si es necesario debido a la participación de esa persona en la atención de su salud o en el pago de su atención médica. También podremos comunicar su Información de Salud si necesitamos notificar a un miembro de su familia la dirección donde se encuentra actualmente o sobre su estado general. Sin embargo, en estos casos le daremos a usted la oportunidad de prevenir dicha divulgación. Si usted no puede expresar su acuerdo u objeción a tal divulgación, o no está disponible para hacerlo, nosotros usaremos nuestro juicio profesional para determinar si dicha divulgación redundará en sus mejores intereses.

**Actividades de supervisión de salud.** Nosotros podemos divulgar Información de Salud a organismos encargados de supervisar la salud en relación con actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda supervisar el sistema de atención de salud, los programas del gobierno y el cumplimiento de las leyes sobre los derechos civiles.

**Juicios y controversias.** Si usted está involucrado en un juicio o controversia, nosotros podremos divulgar Información de Salud sobre usted en respuesta a una orden de un juzgado o tribunal administrativo. También podremos divulgar Información de Salud sobre usted en respuesta a un requerimiento judicial, solicitud de producción de pruebas u otro proceso legítimo iniciado por un tercero involucrado en la controversia, pero únicamente después que nos den seguridades razonables de que se ha hecho lo posible por informarle a usted sobre la petición y que usted tenga tiempo para obtener una orden para proteger la información solicitada.

**Cumplimiento de la ley.** Nosotros podremos entregar Información de Salud si nos lo pide un agente de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, mandamiento, orden, citación o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo presencial o persona desaparecida;
- Si usted es víctima de un crimen y no podemos obtener su consentimiento;
- En relación con una muerte que nosotros creamos que pueda ser el resultado de una conducta delictiva;
- En un caso de conducta delictiva en nuestra institución, y
- En casos de emergencia para denunciar un crimen: el lugar de los hechos o donde se encuentran las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

**Médicos forenses, escrutadores de salud y directores de funerarias.** Podremos divulgar Información de Salud a un médico forense o escrutador de salud. Esto tal vez haga falta, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podremos divulgar Información de Salud sobre pacientes a directores de funerarias, según lo necesiten para llevar a cabo sus funciones.

**Reclusos.** Si usted está recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un agente de la autoridad, podremos divulgar Información de Salud sobre usted a dicha institución o agente. Esta divulgación sería necesaria: (1) para que la institución pueda brindarle atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas, o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

## **SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

Usted tiene los derechos siguientes en relación con la Información de Salud que mantenemos sobre usted.

**Derecho a inspección y copias:** Usted tiene ciertos derechos para inspeccionar y copiar Información de Salud que se pueda usar para tomar decisiones sobre su atención. Generalmente, esto incluye los expedientes sobre salud y facturación. Esto no incluye las notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar Información de Salud que se pueda usar para tomar decisiones sobre usted, primero tiene que presentar su solicitud por escrito, en un formulario que le entregaremos, dirigido a: “The Privacy Official, en: Planned Parenthood of Metropolitan Washington DC, Inc.” Si usted solicita una copia de su Información de Salud, podremos cobrarle una cuota por el costo de localizarla, copiarla, enviarla por correo y demás materiales y servicios relacionados con su solicitud.

En ciertas circunstancias muy limitadas, nosotros podremos negarle su solicitud de inspeccionar y copiar información. Si a usted le niegan el acceso a la Información de Salud, en ciertos casos puede pedir una revisión de la negativa. En ese caso, otro profesional de salud certificado y escogido por nuestra práctica, revisará su solicitud y la negativa. La persona que haga la revisión no será la misma que rechazó su petición inicial. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a enmendar.** Si usted considera que la Información de Salud que tenemos sobre usted es incorrecta o no está completa, puede pedirnos que la enmendemos. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras nosotros tengamos la información. Para solicitar una enmienda, debe poner su petición por escrito en una planilla que le entregaremos, y enviarla a: “The Privacy Official, en: Planned Parenthood of Metropolitan Washington DC, Inc..”

Nosotros podremos negar su solicitud de enmienda si no la presenta en la planilla que le suministremos y no incluye una razón que la respalde. Además, podremos negar su solicitud si nos pide que enmendemos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No sea parte de la Información de Salud que mantenemos para nuestra práctica;
- No sea parte de la información que usted estaría autorizado para inspeccionar y copiar; o
- Que sea exacta y esté completa.

Toda enmienda que hagamos a su Información de Salud será divulgada a las personas a quienes entregamos información en la forma previamente especificada.

**Derecho a rendición de cuentas de divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una lista (una “rendición de cuentas”) de todas las divulgaciones de su Información de Salud que hayamos hecho, con unas pocas excepciones, incluyendo:

- Usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, tal como fueron previamente descritas;
- Divulgaciones a usted o en conformidad con autorizaciones válidas que usted haya firmado; o
- Divulgaciones a socios de negocios.

Para solicitar esta lista de divulgaciones, usted tiene que presentar su petición en una planilla que nosotros le proporcionaremos. Su petición debe indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años, y no podrá incluir fechas anteriores al Enero 13, 2005. La primera lista de divulgaciones que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Para recibir listas adicionales, podremos cargarle por el costo de prepararla. Nosotros le notificaremos el costo de la misma y tendrá la opción de retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos. Le enviaremos por correo la lista de las divulgaciones, en forma impresa, dentro de los 30 días siguientes a haberla solicitado, o le notificaremos si no podemos enviarle la lista dentro de ese plazo, y la fecha para cuando podremos enviársela; pero esta fecha no deberá ser más de 60 días después de la fecha en que presentó la solicitud.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la Información de Salud que usamos o divulgamos sobre usted para el tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. También tiene derecho a solicitar un límite sobre la Información de Salud que divulguemos sobre usted, a alguien que participe en su atención o en el pago de su atención. Por ejemplo, usted podría pedir que le nieguen acceso a su Información de Salud a un miembro específico de su fuerza laboral a quien usted conozca personalmente. Conforme a la ley federal, su petición de restricción no se puede aplicar a las divulgaciones exigidas por la HIPAA o a algunas de las divulgaciones permitidas por la HIPAA sin su previo consentimiento.

***Aunque nosotros trataremos de atender su solicitud de restricciones, no tenemos que hacerlo*** si con ello no podemos garantizar nuestro cumplimiento de la ley o si creemos que va a afectar negativamente a la atención que podamos brindarle. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para ofrecerle tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, usted tiene que ponerla en una planilla que nosotros le proporcionaremos para ello. En su petición, debe decirnos la información que desea limitar y a quién aplicar esos límites.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar en relación con asuntos de salud. Por ejemplo, usted puede pedir que solo lo contactemos en su trabajo o por correo a un apartado postal. Durante nuestro proceso de ingreso, le preguntaremos cómo desea recibir las comunicaciones sobre su atención de salud o cualesquiera otras instrucciones para comunicarle su Información de Salud. Nosotros atenderemos todas las solicitudes razonables.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso en cualquier momento que lo solicite. También puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio Web website <http://www.ppmw.org>.

### **MENORES DE EDAD Y PERSONAS CON TUTORES LEGALES**

Los menores de edad tienen todos los derechos indicados en este Aviso con respecto a la Información de Salud relacionada con atención de salud reproductiva, excepto en casos de abortos y en situaciones de emergencia o cuando la ley exija denunciar casos de abuso o abandono. En el caso de un aborto, si un padre o tutor legal da su consentimiento al mismo, el padre tiene todos los derechos indicados en este Aviso, incluyendo el derecho a tener acceso a la Información de Salud relacionada con el aborto. Sin embargo, si usted obtiene una orden judicial o de su médico que le permita pasar por alto el requisito de consentimiento (si lo permite la ley de su estado), o si su estado le permite a usted, como menor de edad, dar su consentimiento fundamentado, usted tiene los mismos derechos que un adulto con respecto a la Información de Salud relacionada con su aborto. Si usted es menor de edad o una persona con un tutor legal, y está recibiendo atención de salud no relacionada con la salud reproductiva, su padre o tutor legal puede tener derecho a ver su expediente médico y a tomar ciertas decisiones sobre los usos y divulgaciones de su Información de Salud.

### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nosotros nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho a hacer efectivo el Aviso revisado o enmendado para la Información de Salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Pondremos una copia del Aviso actual en nuestra institución y en nuestro sitio Web. El Aviso contiene la fecha de entrada en vigor en la primera página.

### **QUEJAS**

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o el Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humanos. Para presentar una queja con nosotros, contacte a: “The Privacy Official, Planned Parenthood of Metropolitan Washington DC, Inc.,” Todas las quejas se deben presentar por escrito. **Usted no será sancionado por presentar una queja.**

## **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Todos los demás usos y divulgaciones de la Información de Salud no previstos en este Aviso o por las leyes aplicables a nosotros, se harán únicamente con su permiso por escrito. Si usted nos da permiso para usar o divulgar Información de Salud sobre usted, usted podrá revocar por escrito ese permiso, en cualquier momento. Si revoca su permiso, nosotros dejaremos de usar o divulgar más su Información de Salud, si conforme a la ley necesitamos su permiso para hacerlo. Usted debe entender que nosotros no podemos retirar ninguna de las divulgaciones que ya hayamos hecho con permiso suyo, y que tenemos que retener los expedientes de la atención que le hemos brindado.