

NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD APLICADAS A LA INFORMACIÓN MÉDICA

LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA EN QUE PLANNED PARENTHOOD DE DELAWARE USARÁ O REVELARÁ INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y LA MANERA DE ACCEDER A ELLA.

Fecha de vigencia de la presente notificación:

17 de septiembre de 2019

RECUERDE QUE DEBE LEER ATENTAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN.

Si tiene alguna duda sobre esta notificación, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad de Planned Parenthood of Delaware al 302-655-7297

NUESTRO COMPROMISO RESPECTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Entendemos que la información médica sobre usted y los cuidados médicos que recibe es personal. Asumimos el compromiso de proteger la información médica sobre usted. Vamos a crear un registro de la atención y los servicios que le prestaremos, de modo que podamos brindarle atención de excelencia y cumplir con todas las exigencias legales o reglamentarias.

La presente notificación se aplica a todos los registros que Planned Parenthood of Delaware genere o reciba, tanto si documentamos la información médica sobre usted como si la recibimos de otro médico. La presente notificación le indica las maneras en que podemos usar o revelar información médica sobre usted. También describe sus derechos sobre la información médica que llevamos respecto de su persona y especifica ciertas obligaciones que tenemos en cuanto al uso y la revelación de dicha información.

Nuestro compromiso respecto de la información médica sobre usted cuenta con el respaldo de las leyes federales. Las disposiciones sobre privacidad y seguridad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) nos exigen lo siguiente:

- Asegurar que se mantenga de manera confidencial la información de salud que lo identifica;
- Poner a disposición esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto de la información médica sobre usted; y
- Respetar los términos de la notificación actualmente vigente.

MANERAS EN QUE PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Las siguientes categorías describen las distintas maneras en que podemos usar o revelar información médica sobre usted. A menos que se indique lo contrario, ninguna de estas maneras de usar o revelar información requiere su autorización. Aquí se explica lo que significa cada categoría de uso o revelación y se incluyen ejemplos. No se enumeran todos los usos o revelaciones de una categoría. Sin embargo, salvo que solicitemos autorización específica, todas las maneras en que podemos usar y revelar información se encuadran en alguna de las categorías.

Para recibir un tratamiento. Podemos usar información médica sobre usted a fin de brindarle tratamiento y servicios médicos. Podemos revelar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, voluntarios u otro personal que se ocupe de su atención médica. Puede ser que trabajen en nuestros consultorios, en el hospital si está internado bajo nuestra supervisión o en el consultorio de otro médico, laboratorio, farmacia u otro prestador de servicios

médicos a quien lo derivemos para hacer consultas, tomar placas de rayos X, realizarse análisis de laboratorio, abastecerse de medicamentos recetados o para otros fines relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, es posible que un médico que lo atiende necesite saber si es diabético porque la diabetes puede lentificar el proceso de curación. Podemos suministrarle esta información a un médico que lo atiende en otra institución.

Para cuestiones relacionadas con los pagos. Podemos usar y revelar su información médica para facturarle y cobrarle a usted, a una compañía de seguros, a una agencia Medicaid del estado o a un tercero el tratamiento y los servicios prestados. Por ejemplo, es posible que sea necesario brindar información a su plan de seguro de salud sobre las visitas en consultorio, de modo que nos paguen o le reembolsen el importe correspondiente. También es posible que debamos suministrar información médica sobre usted a la agencia Medicaid del estado, para que nos reembolsen los servicios que le prestamos. En algunos casos, deberemos notificarle a su plan de salud sobre un tratamiento que está próximo a recibir para solicitar autorización previa o para determinar si el plan cubrirá dicho tratamiento.

Para cuestiones relacionadas con la atención médica. Podemos usar y revelar información médica sobre usted para cuestiones relacionadas con nuestras prácticas de cuidado de la salud. Estas maneras de uso y revelación son necesarias para desarrollar nuestras actividades y asegurar que todos nuestros pacientes reciban atención de excelencia. Por ejemplo, podemos usar la información médica para analizar nuestros tratamientos y servicios, y evaluar el desempeño de nuestro personal en cuanto a la atención que le brinda. También podemos combinar información médica sobre muchos pacientes para decidir qué otros servicios deberíamos ofrecer, cuáles son innecesarios, si determinados tratamientos nuevos son eficaces o comparar nuestro desempeño con el de otros y detectar áreas de mejoramiento. Podemos eliminar los datos que permiten identificarlo, de modo que personas ajenas puedan usar la información médica sobre usted para analizar las prestaciones médicas sin saber específicamente quienes son nuestros pacientes.

Recordatorios de citas. Podemos usar y revelar información médica sobre usted para contactarlo a fin de recordarle que tiene una cita. Comuníquenos si no desea que lo contactemos para recordarle las citas o si prefiere que usemos otro número de teléfono o dirección para contactarlo con este fin.

Correo electrónico. Podemos incluir determinada información médica en mensajes de correo electrónico que le enviemos si firmó el formulario de autorización para envíos por correo electrónico. Pero recuerde que no debe enviarnos mensajes de correo electrónico, ni siquiera como respuesta a los que nosotros le hayamos mandado. En cambio, le pedimos que se comunique con nuestros centros médicos por teléfono o en persona.

Recaudación de fondos. Podemos usar información médica sobre usted para contactarlo con el objetivo de recaudar fondos para nuestras actividades sin fines de lucro. Tiene el derecho de optar por no recibir estas comunicaciones. Infórmenos si no desea que lo contactemos por estas cuestiones.

Para cumplir con exigencias legales. Revelaremos información médica sobre usted cuando así lo exijan las leyes federales, de los estados o locales.

Para evitar un riesgo grave de salud o seguridad. Podemos usar y revelar información médica sobre usted cuando sea necesario para evitar un riesgo grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, solamente se harán revelaciones a quienes puedan ayudar a prevenir el riesgo.

Militares y veteranos. Si es miembro de las fuerzas armadas o ha sido desvinculado/dado de baja de los servicios militares, podemos revelar información médica sobre usted tal como lo requieran las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de los Veteranos, según corresponda. También podemos revelar información sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.

Accidentes de trabajo. Podemos revelar información médica sobre usted a los programas de accidentes de trabajo o similares. Estos programas prevén prestaciones en caso de accidentes o enfermedades laborales.

Riesgos para la salud pública. Podemos revelar información médica sobre usted a los fines de actividades relacionadas con la salud pública. En términos generales, estas actividades incluyen lo siguiente:

- Evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Informar nacimientos y fallecimientos;
- Denunciar el abuso de niños o la negligencia;
- Denunciar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Notificar al público sobre el retiro de productos que estén en uso;
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o afección;
- Notificar al gobierno pertinente si consideramos que un paciente fue víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta revelación si usted está de acuerdo o si lo autoriza la ley.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos revelar información médica a una entidad responsable de supervisión de la salud a fin de que se realicen actividades autorizadas por la ley. Entre dichas actividades se incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y obtención de licencias. Son actividades necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Acciones legales y controversias. Si es parte de una acción legal o controversia, podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden emitida por un tribunal judicial o administrativo. También podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación judicial, petición para divulgar pruebas u otro procedimiento lícito proveniente de otra persona involucrada en la controversia, pero solo después de haber hecho todo lo posible por notificarle la existencia de dicha solicitud y de que haya tenido tiempo suficiente de gestionar una orden para proteger la información solicitada.

Cumplimiento de la ley. Podemos revelar información médica si un agente del orden público nos lo solicita:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden de detención, emplazamiento o procedimiento similar;
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Si usted es víctima de un delito y no podemos obtener su consentimiento;
- Sobre una muerte que, a nuestro criterio, es producto de un hecho delictivo;
- En una instancia de conducta delictiva en nuestro centro; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; el lugar o las víctimas del delito; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Dicha información será revelada solamente después de haber hecho todo lo posible por notificarle la existencia de la solicitud y de que haya tenido tiempo suficiente de gestionar una orden para proteger la información solicitada.

Forenses, médicos examinadores y directores de funerarias. Podemos revelar información médica a un forense o un médico examinador. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. También podemos revelar información médica sobre pacientes a directores de funerarias, según sea necesario para cumplir con sus obligaciones.

Reclusos. Si está recluso en una institución correccional o bajo la custodia de un agente del orden público, podemos revelar información médica sobre usted a la institución correccional o al agente del orden público. Esta revelación podría ser necesaria: (1) para que la institución le preste atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de terceros; o (3) por cuestiones sanitarias o de seguridad de la institución correccional.

SUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con la información médica sobre su persona.

Derecho de inspeccionar y copiar. Tiene ciertos derechos de inspeccionar y copiar información médica que se utilice para tomar decisiones sobre las prestaciones que debe recibir. Normalmente, esto incluye registros médicos y de facturación. No incluye notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar información médica que se utilice para tomar decisiones sobre su persona, debe presentar un pedido por escrito en un formulario que le suministraremos a: The Privacy Official at Planned Parenthood of Delaware. Si solicita una copia de su información médica, podemos aplicar un cargo para cubrir los costos de ubicación, copiado, envío por correo u otros suministros y servicios relacionados con su pedido.

Podemos rechazar su pedido de inspección y copiado en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, en determinados casos puede solicitar que se revea la denegatoria. Otro profesional médico autorizado y designado por nuestra clínica revisará su pedido y el rechazo. La persona a cargo de la revisión no será la misma que rechazó inicialmente su pedido. Daremos cumplimiento a lo dispuesto por la revisión.

Derecho de hacer modificaciones. Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación durante todo el tiempo en que tengamos la información en nuestro poder. Debe solicitar la modificación por escrito en un formulario que le suministraremos y enviarlo a: The Privacy Official at Planned Parenthood of Delaware.

Podemos rechazar su pedido de modificación si no lo presenta en el formulario que suministramos y no incluye un motivo que lo fundamente. Además, podemos rechazar su pedido si nos solicita que modifiquemos información que:

- No fue generada por nosotros, salvo que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para hacer la modificación;
- No forma parte de la información médica que conserva nuestro centro ni que se conserva a los fines de nuestras actividades;
- No es parte de la información que usted tiene permitido inspeccionar y copiar; o
- Es correcta y completa.

Toda modificación que hagamos a su información médica se comunicará a quienes revelemos información, según lo especificado previamente.

Derecho a recibir un resumen de la información revelada. Usted tiene derecho a solicitar una lista (resumen) de las instancias en que revelamos información médica sobre usted, a menos que se trate de uso

y revelación a los fines de realizar tratamientos, pagos y actividades relacionadas con el cuidado de la salud, tal como ya se indicó.

Debe solicitar dicha lista en el formulario que le suministraremos. Su pedido debe consignar un período que no debe exceder de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003 [La fecha de cumplimiento de las reglamentaciones sobre privacidad]. La primera lista de divulgaciones que solicite dentro de un período de doce meses será gratuita. Para obtener más listas, pueden corresponder cargos. Le notificaremos cuál es el cargo, y usted tendrá la opción de cancelar o modificar su pedido en ese momento, antes de que se incurra en costo alguno. Le enviaremos una lista de las instancias de revelación de información en papel dentro de los treinta días de su pedido o le notificaremos si nos resulta imposible cumplir con ese plazo y la fecha en que lo haremos; pero esta fecha no debe exceder un total de sesenta días desde el momento en que hace el pedido.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene el derecho a solicitar que se restrinja o limite la información médica sobre usted que usamos o revelamos para fines de tratamiento, pagos o prestaciones médicas. También tiene el derecho de solicitar que se limite la información médica que revelamos sobre usted a una persona que interviene en la atención que recibe o en los pagos relacionados con dicha atención. Por ejemplo, puede pedir que se niegue el acceso a su información médica a un miembro determinado de nuestro plantel a quien usted conoce personalmente.

Si bien trataremos de adecuarnos a sus pedidos de restricciones, no estamos obligados a hacerlo si no es posible garantizar nuestro cumplimiento con la ley o si consideramos que tendrá un impacto negativo sobre la atención que le prestamos. Si los aceptamos, cumpliremos con lo solicitado salvo que la información sea necesaria a fin de brindarle un tratamiento de emergencia. Todas las restricciones deben solicitarse en el formulario que le suministraremos. En su solicitud, debe indicarnos qué información desea limitar y a quién se deben aplicar las limitaciones. Estamos obligados a aceptar la solicitud de restringir la revelación de información médica protegida a las compañías de seguros de salud si usted pagó íntegramente de su bolsillo los servicios médicos relacionados con dicha revelación.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por cuestiones de salud de una determinada manera o a un determinado lugar. Por ejemplo, puede pedir que solamente nos contactemos con usted a su trabajo o por correo a una casilla postal. Durante nuestro proceso de admisión, le pediremos que indique la manera en que quiere recibir las comunicaciones relacionadas con las prestaciones médicas u otras instrucciones sobre la forma de hacerle llegar notificaciones sobre su salud. Nos adecuaremos a todos los pedidos razonables.

Derecho a recibir una copia en papel de esta notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación en cualquier momento en que la solicite. También puede acceder a una copia de esta notificación en nuestro sitio web www.ppdel.org

Derecho a ser notificado en caso de infracción. Tenemos la obligación de notificarle si se produce una infracción relacionada con información médica protegida enviada de manera no segura.

MENORES Y PERSONAS BAJO TUTELA

Los menores tienen todos los derechos indicados en la presente notificación con respecto a la información médica referida al cuidado de la salud reproductiva, excepto en situaciones de emergencia o cuando la ley requiere que se denuncien casos de abuso o negligencia. Si es menor de edad o está bajo tutela y procura atención médica no relacionada con la salud reproductiva, su padre/madre o tutor legal puede tener el derecho de acceder a su historia clínica y tomar ciertas decisiones relacionadas con el uso y las revelaciones de su información médica.

MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN

Nos reservamos el derecho de modificar la presente notificación. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia la notificación revisada o modificada para información médica sobre usted con la que ya

contamos, como así también para la que recibamos en el futuro. Colocaremos visiblemente una copia de la notificación vigente en nuestro centro y la subiremos a nuestro sitio web. La notificación contiene la fecha de entrada en vigencia en la primera página.

QUEJAS

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede hacernos llegar su queja o presentarla ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para hacernos llegar su queja, póngase en contacto con: The Privacy Official at Planned Parenthood of Delaware. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No se le aplicará ninguna sanción por presentar una queja.**

USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

Es necesaria su autorización escrita para usar y revelar información médica en los siguientes casos:

- Usos y revelaciones de información médica protegida para actividades comerciales.
- Usos y revelaciones que impliquen la venta de su información médica protegida.
- Otros usos y revelaciones de información médica que no estén cubiertos por esta notificación ni por las leyes que rigen nuestras actividades.

Si nos autoriza a usar o revelar información médica sobre usted, puede revocar dicha autorización en cualquier momento, siempre por escrito. Si revoca su autorización, dejaremos de usar o revelar información médica sobre usted a los fines cubiertos por la autorización escrita correspondiente. Usted acepta que no podemos retractarnos de las revelaciones que ya hayamos efectuado con su autorización y que tenemos la obligación de mantener los registros de la atención que le brindemos.

Planned Parenthood of Delaware cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina sobre la base de raza, color, etnicidad, edad, discapacidad o sexo. Planned Parenthood of Delaware no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, etnicidad, edad, discapacidad o sexo.

- Planned Parenthood of Delaware brinda ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (tipografía más grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otro tipo de formatos) a fin de facilitarles la comunicación eficaz con nosotros.
- Planned Parenthood of Delaware brinda servicios lingüísticos gratuitos, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, a aquellas personas que no hablan el inglés como idioma nativo.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Planned Parenthood of Delaware, 302-655-7293.

Si considera que Planned Parenthood of Delaware no ha proporcionado estos servicios o ha incurrido en algún otro tipo de discriminación sobre la base de cuestiones de raza, color, etnicidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a: Vice President of Operations, 302-655-7296 ext 1044 or fax 302-254-4470. Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar una queja, the Vice President of Operations le podrá ayudar. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (dependiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos), de manera electrónica por medio

del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (accesible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
1- 800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Please contact Planned Parenthood of Delaware, 302-655-7293.

ATENCION: Los servicios de asistencia de idiomas, de forma gratuita, están disponibles para usted. Comuníquese con Planned Parenthood of Delaware, 302-655-7293.

注意：語言協助服務，免費，為您提供。請聯繫特拉華州計劃生育組織，302-655-7293。

ATANSYON: sevis asistans nan lang, gratis nan chaj, ki disponib pou ou. Tanpri kontakte te planifye Atenite/patenite de a, 302-655-7293.

Dhyāna: Bhāṣā sahāya sēvā'ō, ni: Śulka, tamārā māṭē upalabdha chē. Kṛpā karī dēlāvērānā āyōjita pērēṅṅtaḥḍanō samparka karō, 302-655-7293.

ATTENTION : Des services d'assistance linguistique, gratuits, sont à votre disposition. Veuillez communiquer avec Planned Parenthood of Delaware, 302-655-7293.

주의: 언어 지원 서비스는 무료로 제공됩니다. 델라웨어의 계획 된 부모, 302-655-7293에 문의하시기 바랍니다.

AVVISO: I servizi di assistenza linguistica sono a vostra disposizione gratuitamente. Si prega di contattare Planned Parenthood of Delaware, 302-655-7293.

CHÚ ý: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn cho bạn. Xin vui lòng liên hệ với kế hoạch Parenthood của Delaware, 302-655-7293.

ACHTUNG: Sprachunterstützungsdienste stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an Planned Parenthood of Delaware, 302-655-7293.

making : wika ng tulong , libreng bayad , ay magagamit sa iyo . pakiusap na kontakin binalak delaware ng pagiging magulang , 302-655-7293 .

ध्यानः भाषा सहायता सेवाओं, निः शुल्क, आप के लिए उपलब्ध हैं. कृपया डेलावेयर, 302-655-7293 की नियोजित पितृत्व से संपर्क करें।

توجه: زبان امداد کی خدمات ، مفت چارج ، آپ کے لئے دستیاب ہیں۔ برائے مہربانی والدین ، 302-655-7293 کے منصوبہ بندی سے رابطہ کریں۔

تنبيه: خدمات المساعدة اللغوية، مجاناً، متاحة لك. يرجى الاتصال بتنظيم الأسرة في ديلاوير، 302-655-7293.

అపెన్షన్: లాంగ్వేజ్ అసిస్టెన్స్ సర్వీసెస్, ఉచితంగా మీకు అందుబాటులో ఉంటాయి. దయచేసి డెలావేర్, 302-655-7293.

Opgelet: er zijn gratis taal assistentie diensten beschikbaar. Neem contact op met het **geplande ouderschap van Delaware, 302-655-7293.**

Al firmar este formulario, usted confirma que recibió el aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") por parte de Planned Parenthood of Delaware El Aviso describe en detalle la forma en que podríamos usar o

revelar su información sanitaria protegida. El Aviso también analiza sus derechos y nuestras obligaciones en relación con su información sanitaria protegida.

Firma del/de la paciente (y de la persona autorizada para firmar en su representación cuando sea necesario) _____
Fecha
Relación con el/la paciente: paciente padre o madre tutor legal
 otro

Doy fe de que el/la paciente recibió esta información, dijo que la leyó y la entendió, y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del testigo _____
Fecha

SOLO PARA USO DE Planned Parenthood of Delaware

Intenté obtener la firma del paciente como confirmación de recibo del Aviso, pero no pude conseguirla, como se consigna a continuación:

Fecha:	Iniciales:	Motivo: