



Hospital del condado de Miller
Colquitt, Georgia
Departamento de origen: Gestión de información sanitaria

| | |
|---|-----------------------------------|
| TÍTULO: Aviso conjunto de políticas de privacidad | NÚMERO DE POLÍTICA: |
| DEPARTAMENTOS AFECTADOS: Hospital Wide | APROBADO: <i>Julie Brown</i> |
| FECHA DE ENTRADA: 23/09/2013 | REVISADO: 20/03/2017 – 02/04/2018 |

AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Versión completa Fecha de vigencia: 23/09/2013

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVISAR CUIDADOSAMENTE.**

La Autoridad del Hospital del Condado de Miller (incluidos nuestros hospitales, hogares de ancianos, hospicios, consultorios médicos y médicos, agencias de salud en el hogar, etc.) hace, conserva, usa y comparte registros de su información médica. Como se explica en este Aviso, usaremos y divulgaremos (compartiremos) su información médica:

- Para brindarle tratamiento y mantener un registro de su cuidado
- Para recibir el pago por la atención o los servicios que brindamos
- Para ejecutar nuestro negocio y
- Para cumplir con la ley

Este Aviso explica las formas en que la Autoridad Hospitalaria del Condado de Miller y aquellas que se señalan como "cubiertas" a continuación pueden usar y divulgar información médica sobre usted. También le informa sobre sus derechos y nuestras obligaciones legales. Este Aviso se aplica a todos los registros médicos y de facturación que se llevan a cabo dentro del Sistema de Salud.

Cuando usamos la palabra "nosotros" o "Sistema de Salud", nos referimos a todas las personas / entidades cubiertas por este Aviso y enumeradas a continuación y otras personas o compañías que nos ayudan con su tratamiento, pago o que hacen cosas para nuestro negocio como un proveedor de cuidado de la salud.

La ley nos exige:

- Para mantener la privacidad de su información médica como se indica en este Aviso;
- Poner a su disposición esta Notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Para seguir los términos del Aviso que está actualmente en vigencia.



PERSONAS / ENTIDADES CUBIERTAS POR ESTE AVISO

Las siguientes personas y empresas están cubiertas conjuntamente por este Aviso:

- Las siguientes entidades, sitios y ubicaciones:
 - *Miller County Hospital, Colquitt, Georgia*
 - *Miller Nursing Home, Colquitt, Georgia*
 - *Centro médico del condado de Miller, Colquitt, Georgia*
 - *Calhoun Nursing Home, Edison, Georgia*
 - *Clínica Médica Robert E. Jennings, Arlington, Georgia*
- Todos los empleados, personal y otro personal del Sistema de Salud;
- Las personas o entidades que realizan servicios para el Sistema de Salud en virtud de acuerdos que contienen protecciones de privacidad y seguridad o a las cuales la divulgación de información médica está permitida o requerida por la ley;
- Personas o entidades con las cuales el Sistema de Salud participa en arreglos atención administrada;
- Nuestros voluntarios y estudiantes de atención médica, enfermería y otros servicios de salud; y
- Miembros del personal médico del sistema de salud (médicos) y otros profesionales médicos involucrados en su cuidado o revisión de las acciones de otros médicos, o mejora de la calidad, educación médica y otros servicios para el hospital.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usamos y divulgamos información médica de las formas descritas a continuación.

Tratamiento. Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, terapeutas, médicos, enfermeros u otros estudiantes de medicina, u otras personas que lo cuidan dentro y fuera de nuestro Sistema de Salud. Podemos usar y divulgar su información médica para coordinar o administrar su atención o para solicitar una consulta. Como ejemplos, un médico que lo trata por una pierna rota puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede ralentizar el proceso de curación, o es posible que el médico deba decirle al dietista si tiene diabetes para que pueda tener comidas saludables. Los departamentos dentro del Sistema de Salud pueden compartir su información médica para ordenar medicamentos o programar las pruebas y los procedimientos que necesita, como pruebas de laboratorio y radiografías. También podemos divulgar su información médica a las instalaciones de atención médica si necesita ser transferido de una instalación del Sistema de Salud a otro hospital, un hogar de ancianos, un proveedor de atención médica domiciliaria, un centro de rehabilitación, etc. También podemos divulgar su información médica a personas externas al Sistema de Salud que está involucrado en su cuidado mientras está aquí o después de que abandona el Sistema de Salud, como otros proveedores de cuidado de la salud, familiares o farmacéuticos.

Pago. Podemos usar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que reciba puedan ser facturados y cobrados de usted, una compañía de seguros u otra compañía o persona. Por ejemplo, podemos darle a su compañía de seguros (por ejemplo, Medicare, Medicaid, CHAMPUS / TRICARE, o una compañía de seguros privada) información sobre la cirugía que recibió para que su compañía de seguros nos pague por la cirugía. También podemos informarle a su compañía de seguros sobre el tratamiento que va a recibir o recibió para saber si el seguro pagará el tratamiento. Podríamos divulgar su información a una agencia de cobro para obtener un pago atrasado. También se nos puede pedir que divulguemos información a una agencia gubernamental u otra entidad para determinar si los servicios que proporcionamos se facturaron correctamente.



Operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar su información médica para administrar el Sistema de Salud y sus instalaciones como un negocio, incluidos los usos / divulgaciones de su información, como en los siguientes ejemplos: (1) actividades de calidad o seguridad del paciente, actividades basadas en la población para mejorar la salud o reducir los costos del cuidado de la salud, la administración de casos y la coordinación de la atención y el contacto de los proveedores de atención médica y usted con información sobre alternativas de tratamiento; (2) revisar los antecedentes de los profesionales de la salud y calificar su desempeño, llevando a cabo programas de capacitación para el personal, estudiantes, aprendices o profesionales; realizar actividades de acreditación, licenciamiento o credenciales para nuestro negocio; (3) actividades relacionadas con los beneficios del seguro, (4) organizar la revisión médica, los servicios legales y la auditoría; (5) actividades de planificación, desarrollo y gestión empresarial, que incluyen aspectos como el servicio al cliente o la resolución de quejas; (6) vender, transferir, arrendar o combinar todas o parte de las instalaciones del Sistema de Salud; y (7) crear y usar / divulgar información de salud desidentificada o un conjunto de datos limitado o tener un proveedor combinar datos o realizar otras tareas por diversos motivos comerciales.

Como otros ejemplos, podemos divulgar su información médica a médicos que revisan la atención que se le brindó a los pacientes. Podemos divulgar información a médicos, enfermeras, terapeutas, técnicos, médicos, enfermeros u otros estudiantes, y al personal del Sistema de Salud para ayudar a otros a enseñar cómo hacer su trabajo. Podemos combinar información médica sobre muchos pacientes para decidir qué servicios debe ofrecer el Sistema de Salud y si los nuevos servicios son rentables y cómo los comparamos con otros lugares. Podemos tomar su nombre y otras partes de su información de su información médica para que otros puedan usarla para estudiar servicios de atención médica, productos y entregas sin saber quién es usted. Podemos divulgar información a otros proveedores involucrados en su tratamiento para que puedan llevar a cabo el trabajo de sus instalaciones o recibir el pago. Podemos proporcionar información sobre su tratamiento a una compañía de ambulancias que lo trajo al Sistema de Salud para que la compañía de ambulancias pueda recibir el pago por sus servicios.

Actividades de nuestros afiliados. Podemos divulgar su información médica a entidades que son propiedad del Sistema de Salud y otras empresas con las que trabajamos de cerca con respecto a su tratamiento u otras actividades del Sistema de Salud.

Actividades de arreglos organizados de atención médica en los que participamos. Para ciertas actividades, el Sistema de Salud, sus 'médicos empleados e independientes y otros profesionales que brindan atención en nuestras instalaciones a través de un Arreglo de Atención Médica Organizado ("OHCA"). Podemos divulgar información sobre usted a los proveedores de atención médica que participan en nuestro Arreglo de atención médica organizada, como una atención administrada o una organización médico-hospitalaria y proveedores independientes. Estas divulgaciones se harán en conexión con nuestros servicios, su tratamiento bajo un acuerdo de plan de salud y otras actividades del Arreglo de Atención de Salud Organizado. Todos operamos bajo este Aviso Conjunto para actividades de privacidad que involucran el Sistema de Salud.

IMPORTANTE: El Sistema de Salud puede compartir su información médica con miembros del Personal Médico del Sistema de Salud (médicos) y otros profesionales médicos independientes para proporcionar tratamiento, pago y operaciones de atención médica y realizar otras actividades para el Sistema de Salud a través del OHCA. Esos profesionales acordaron seguir este Aviso y participar en el programa de privacidad del Sistema de Salud, pero muchos médicos (u otros profesionales) que brindan servicios en nuestras instalaciones practican



medicina como profesionales independientes que poseen sus propios negocios, por lo que el Sistema de Salud no será responsable de sus actos o cosas que no pueden hacer por su cuidado o derechos de privacidad / seguridad.

Intercambio de información sanitaria.

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA DIVULGACIÓN DE SUS REGISTROS MÉDICOS AL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE)

Podemos divulgar sus registros médicos u otra información sobre usted a un Intercambio de información sanitaria o a una red de información sanitaria (denominada "HIE" en este Aviso). Los HIE brindan a los proveedores de atención médica (incluidos médicos y centros de salud) y compañías de seguros la posibilidad de compartir o "intercambiar" información clínica sobre usted electrónicamente. Los HIE están diseñados para proporcionar a sus médicos / establecimientos de salud / proveedores un mayor acceso a su información clínica con objetivo de reducir el número de pruebas y retrasos en el tratamiento de registros médicos en papel, ayudando a los proveedores a comunicarse y brindando a los pacientes un cuidado más seguro. Los HIE son muy útiles a la hora de brindar atención en emergencias.

Los proveedores de atención médica que tengan acceso a HIE tendrán acceso a toda su información personal o de salud que haya ingresado al HIE y podrán usar esa información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o de lo contrario requerido / permitido por las leyes estatales y federales.

- HIE fue desarrollado para ayudar al gobierno federal en su sistema nacional de tecnología de información de salud.
- HIE es una red que vincula el Sistema de Salud, sus afiliados, sus médicos (empleados o independientes) y otros proveedores de atención médica y les permite intercambiar información sobre su salud. El HIE estará vinculado con otras HIE o redes en todo el estado y el país, actuando como un **registro médico comúnmente compartido** para **Información continuada** ayudar a proporcionar información y atención. Por ejemplo, su médico de atención primaria puede tener acceso a los registros de su obstetra / ginecólogo o cardiólogo. Un médico de urgencias que lo atiende en otro estado puede tener acceso a su historial médico, etc.
- **PODEMOS O NO PUEDE** enviar parte o toda su información médica pasada, presente o futura al HIE, y sus proveedores de atención médica pueden tener o no acceso a HIE. Por lo tanto, le recomendamos que notifique siempre a su médico sobre todas sus condiciones médicas, tratamientos y medicamentos pasados y presentes.
- **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:** la información confidencial (como VIH / SIDA u otra enfermedad contagiosa, salud mental, información sobre tratamiento de drogas y alcohol) está protegida por las leyes estatales y federales. Proporcionaremos información sensible al HIE pero habremos implementado protecciones para ayudar a prevenir la divulgación de información confidencial a quienes no sean proveedores de tratamiento, miembros de su fuerza de trabajo y socios comerciales; sin embargo, dado que la información confidencial no puede aislarse completamente ni eliminarse de otra información médica, existe la posibilidad de que información confidencial (o información que pueda indicar que haya tenido tratamiento para una afección sensible) pueda incluirse dentro de su información médica. Por lo tanto, si le preocupa que se conozca cierta información médica, le recomendamos que nos diga que no desea su información en el HIE. En otras palabras, debe "optar por no participar".



• **PARA DEJAR DE HIE: SI NO DESEA SU INFORMACIÓN PERSONAL O MÉDICA AUTOMÁTICAMENTE REALIZADA O DIVULGADA A TRAVÉS DE HIE, POR FAVOR HAGA QUE SAYEMOS CONTACTANDO CON EL DIRECTOR DE REGISTROS MÉDICOS AL TELÉFONO (229) 758-5950, COMPLETANDO EL HIE OPT-OUT FORMATO DISPONIBLE EN LÍNEA EN WWW.MILLERCOUNTYHOSPITAL.COM O EN PUNTOS DE REGISTRO EN TODO EL SISTEMA DE SALUD. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE HIE, VISITE NUESTRO SITIO WEB EN LA DIRECCIÓN DEL SITIO WEB CITADO ANTERIORMENTE O LLAME A KRISTY ATTERBURY AT (229) 758-3554. USTED PUEDE TAMBIÉN ESCRIBIR PARA OBTENER UNA COPIA EN: HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY, 209 NORTE CUTHBERT STREET, P.O. BOX 7, COLQUITT, GEORGIA 39837. POR FAVOR PERMITIR 5 DÍAS LABORALES PARA QUE LOS EEUU PROCESAMOS SU SOLICITUD DE EXTRACCIÓN. LA INFORMACIÓN LIBERADA PARA HIE ANTES DEL PROCESAMIENTO DEL FORMULARIO DE CANCELACIÓN PUEDE PERMANECER EN HIE. TENGA EN CUENTA QUE TAMBIÉN DEBE OPTARSE POR SEPARADO CON CADA UNO DE SUS MÉDICOS Y OTROS PROVEEDORES QUE PUEDAN PARTICIPAR EN HIE.**

Portal del paciente u otra correspondencia electrónica del paciente Usaremos y divulgaremos información a través de un portal seguro para pacientes que le permite ver, descargar y transmitir ciertas partes de su información médica (por ejemplo, resultados de laboratorio) e información de facturación de manera segura al usar el portal. Sin embargo, si elige almacenar, imprimir, enviar por correo electrónico o publicar, la información que utiliza tecnología fuera del portal del paciente seguro, puede no ser segura. Para obtener más información sobre el portal del paciente, visite www.millercountyhospital.com. Además, si nos envía un correo electrónico con información de facturación médica desde una dirección de correo electrónico privada (como una cuenta de Yahoo, Gmail, etc.), su información no estará asegurada (cifrada, puesta en un código que otra persona no pueda leer) a menos que usted use un portal de mensajería seguro para enviarlo a nosotros. Las solicitudes para enviar por correo electrónico su información médica o de facturación a una dirección de correo electrónico privada (como una cuenta de Yahoo, Gmail, etc.) serán encriptadas por nosotros cuando se le envíe. Si nos solicita que publiquemos su información en unidades flash / CD, etc., su información puede no estar encriptada y puede que no sea segura. No somos responsables si esta información confidencial, una vez liberada de nuestro portal seguro a su cuidado y re-divulgada por otra persona.

Servicios de salud, productos, alternativas de tratamiento y beneficios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su información médica al proporcionar comunicaciones personales; regalos promocionales; rellenar recordatorios o comunicaciones sobre un medicamento o un producto biológico; gestión de casos o coordinación de la atención, o para dirigir o recomendar tratamientos alternativos, terapia, médicos o centros de atención; o para describir un producto / servicio relacionado con la salud (o el pago de dicho producto / servicio) que se proporciona a través de un plan de beneficios; o para ofrecer información sobre otros proveedores que participan en una red de atención médica en la que participamos o para ofrecer otros productos, beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Podemos usar y divulgar su información médica para contactarnos y recordarle una cita para un tratamiento o una recarga, o para atención médica.

Recaudación de fondos Somos una organización sin fines de lucro que depende de las donaciones para poder seguir en el negocio. Podemos usar y divulgar su información médica para contactarlo para recaudar fondos para el Sistema de Salud. La Autoridad Hospitalaria del Condado de Miller es la principal entidad de recaudación de fondos del Sistema de Salud. El Sistema de Salud puede divulgar ciertas partes de su información médica a la Autoridad del Hospital del Condado de Miller u otras personas involucradas en la recaudación de fondos, a menos que nos indique que no desea que dicha información sea utilizada y divulgada. Por ejemplo, el sistema de salud puede

revelar a The Hospital Authority of Miller County información como su nombre, dirección, otra información de contacto, número de teléfono, sexo, edad, fecha de nacimiento, las fechas en que recibió tratamiento por parte del Sistema de Salud, el departamento que le brindó el servicio, su tratamiento médico, información sobre resultados y estado del seguro médico. Tiene derecho a optar por no recibir solicitudes de recaudación de fondos. Si no desea que el Sistema de Salud se comuniquen con usted para recaudar fondos, notifique al Oficial de Privacidad de HIPAA que figura en la página 11.

Directorio de Hospital de Enfermería Directorio: Podemos incluir cierta información sobre usted en nuestro Hospital, Directorio de Asilos de Ancianos mientras sea un paciente en estas instalaciones. Esta información puede incluir su nombre, su número de habitación, su estado general (justo, estable, etc.) y su religión. Su religión puede darse a un miembro del clero, como un predicador, sacerdote o rabino, incluso si no lo piden por su nombre. La información del directorio, a excepción de su religión, puede ser divulgada a las personas que lo soliciten por su nombre. Esto es para que su familia, amigos y clérigos puedan visitarlo en el Sistema de Salud y saber cómo lo está haciendo. Si no desea que se entregue esta información, comuníquese al *Secretario de Admisiones*.

Representantes personales y otras personas involucradas en su atención o pago por su atención. Puede haber momentos en los que no pueda actuar o hablar por sí mismo, o simplemente elija elegir a otra persona para que actúe, hable o tome decisiones por usted. Una persona que tiene la capacidad conforme a la ley estatal para actuar por usted al tomar decisiones de atención médica es su "representante personal". Esta puede ser la persona que enumeró en su Abogado de Poder Duradero del Cuidado de la Salud (si tiene uno) o la persona que tiene la capacidad para consentir a un tratamiento médico para usted según la ley (por ejemplo, su cónyuge, sus padres si es un menor dependiente, un tutor, etc.). Su representante personal puede actuar oficialmente para que ejerza sus derechos o para obtener sus registros médicos y de facturación o para recibir información verbal acerca de usted, generalmente de la misma manera que usted puede hacer estas cosas. Además de su "representante personal" legal, los familiares u otras personas involucradas en su cuidado o pago pueden obtener información médica o de facturación sobre usted, incluso si la ley no les permite actuar como su representante personal. En otras palabras, en ciertos momentos estamos autorizados a hablar con aquellos que están / estuvieron involucrados en sus actividades de cuidado / pago (incluso después de su muerte), como en situaciones de emergencia, si usted está presente y no se opone y / o si Asumimos en base a nuestro juicio profesional que no objetarías. Esto nos ayuda a cuidarte. También podemos brindar su información médica a una entidad que asista en los esfuerzos de socorro en caso de desastre para que su familia pueda recibir una notificación sobre su condición. Si no desea que hablemos o hablemos frente a una persona en particular sobre su atención, debe notificarle a los Registros Médicos y / o hacer que sus deseos se conozcan claramente cada vez que su enfermera, médico o terapeuta entre a la sala de examen / hospital.

Menores. Si es menor de edad (menor de 18 años), el Sistema de Salud cumplirá con la ley de Georgia sobre menores. Podemos divulgar ciertos tipos de información médica a sus padres o tutores, si tal liberación es requerida o permitida por la ley.

Investigación. Podemos usar y divulgar su información médica con fines de investigación. La mayoría de los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. La mayoría de los proyectos de investigación requieren su permiso si un investigador participará en su atención o tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que lo identifique a usted. Sin embargo, la ley permite que se realice alguna investigación utilizando su información médica sin requerir su aprobación por escrito.

Requerido por la ley: Divulgaremos su información médica cuando lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, el Sistema de Salud y su personal deben cumplir con las leyes y leyes de denuncia de abuso de menores y ancianos que requieren que informemos ciertas enfermedades o lesiones o muertes a agencias estatales o federales.

Amenaza seria para la salud o la seguridad: Podemos usar y divulgar su información médica para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.

Donación de órganos y tejidos: Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para ayudar en su proceso de donación y trasplante de órganos o tejidos.

Militares y veteranos: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas de EE. UU. O extranjeras, podemos divulgar su información médica según lo requieran los militares.

Compensación a los trabajadores: Podemos divulgar información médica sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública. Podemos divulgar su información médica (y ciertos resultados de la prueba) con fines de salud pública, como

- Informar a una autoridad de salud pública para prevenir o controlar la propagación de enfermedades (incluidas las enfermedades de transmisión sexual), lesiones o discapacidades
- Para reportar nacimientos y muertes
- Para informar abuso infantil, anciano o adulto, negligencia o violencia doméstica,
- Para informar sobre reacciones adversas a medicamentos o problemas con medicamentos o productos,
- Para notificar a las personas sobre retiros de productos que pueden estar usando,
- Notificar a una persona que haya estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección,
- Notificar al empleador sobre enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo (en ciertos casos) y
- Revelar a la escuela si se han obtenido las vacunas.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos divulgar su información médica a una agencia federal o estatal para actividades de supervisión de salud tales como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias del Sistema de Salud y de los proveedores que lo trataron. Estas actividades son necesarias para que el gobierno nos supervise para asegurarnos de que estamos haciendo lo que se supone que debemos hacer según la ley.

Emandas y disputas: Podemos divulgar su información médica para responder a una orden judicial o gubernamental, orden o una orden de registro y para defendernos. También podemos divulgar su información médica para responder a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en una disputa.

Cumplimiento de la ley: Sujeto a ciertas condiciones, podemos divulgar su información médica para fines de aplicación de la ley a solicitud de un oficial de cumplimiento de la ley o para informar sospechas de muerte como resultado de una conducta criminal o delito en nuestras instalaciones o por motivos de emergencia u otros fines.



Examinadores médicos y directores de funerarias: Podemos divulgar su información médica a un forense o médico forense o director de una funeraria para que puedan llevar a cabo sus deberes.

Seguridad nacional: Podemos divulgar su información médica a oficiales federales autorizados para actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección: Podemos divulgar su información médica a oficiales federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente de los Estados Unidos y otras personas.

Reclusos: Si usted es un preso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o a un oficial de la ley. Esta versión sería necesaria para que el Sistema de Salud le brinde atención médica, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o para la seguridad del oficial de la ley o la institución correccional.

Declaraciones incidentales. Aunque entrenamos a nuestro personal en salvaguardas de privacidad, debido a la forma en que se produce el tratamiento y la facturación, su información médica o de facturación puede ser escuchada o vista por personas que no están involucradas directamente en su atención. Por ejemplo, sus visitantes o visitantes que visitan a otros pacientes en su piso de tratamiento o en nuestras prácticas o en nuestra sala de emergencias pueden escuchar una conversación sobre usted o ver que recibe tratamiento.

Socios de negocio: Su información médica o de facturación podría ser divulgada a personas o compañías fuera de nuestro Sistema de Salud para que puedan brindarnos servicios. Hacemos que estas compañías firmen acuerdos especiales de confidencialidad con nosotros antes de darles acceso a su información. Pueden ser multados por el gobierno federal si usan / divulgan su información de una manera que no está permitida por la ley.

Información sensible: *La ley estatal brinda protección especial para ciertos tipos de información de salud, incluida información sobre abuso de alcohol o drogas, salud mental y enfermedades contagiosas (por ejemplo, SIDA / VIH), y puede limitar si podemos divulgar información sobre usted a otros y cómo. La mayoría de estas leyes nos permiten usar y divulgar información sensible para fines de tratamiento, pero pueden restringir otros tipos de divulgaciones. La ley federal brinda protección especial a la información que resulta de los programas de tratamiento de rehabilitación de alcohol y drogas.*

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Derecho a inspeccionar y derecho a obtener una copia. Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica y de facturación que tenemos en un conjunto de registros designados (incluido el derecho a obtener una copia electrónica si es fácilmente producible por nosotros en la forma y el formato solicitados). Los

El Departamento de Registros Médicos tiene un formulario que puede completar para solicitar una revisión o obtener una copia de su información médica, y puede decirle cuánto costarán sus copias. El sistema de salud está permitido por ley a cobrar una tarifa razonable basada en los costos por mano de obra, suministros, franqueo y el tiempo para preparar cualquier resumen. Por lo general, le proporcionaremos una copia de su registro dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud. El Sistema de Salud le informará si no puede cumplir con su solicitud.



Si se le niega el derecho a ver o copiar su información, puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Según el motivo de la decisión, podemos pedirle a un profesional de la salud con licencia que revise su solicitud y su rechazo. Cumpliremos con la decisión de esta persona.

Derecho a enmenda: Si su información médica en nuestros registros es incorrecta o incompleta, puede pedirnos por escrito que enmendemos la información. Debe proporcionar una razón para respaldar su enmienda solicitada. Le informaremos si no podemos cumplir con su solicitud dentro de los 60 días de su solicitud. Puede solicitar que se coloque una declaración escrita de desacuerdo en su registro médico. La persona de contacto de HIPAA que figura a continuación puede ayudarlo con su solicitud.

Derecho a una contabilidad de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar por escrito una lista de ciertos tipos de divulgaciones que el Sistema de Salud ha hecho de su información médica durante los 6 años anteriores a la solicitud. Esta lista no está obligada a incluir todas las divulgaciones que hagamos y generalmente se le proporcionarán dentro de los 60 días de su solicitud. Por ejemplo, la divulgación para el tratamiento, el pago o los propósitos comerciales, las divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003, las divulgaciones hechas a usted o que usted nos autorizó a realizar, y otras divulgaciones no están obligadas a incluirse en la lista. La Persona de contacto de HIPAA que figura al final del Aviso puede ayudarlo con este proceso.

Derecho a solicitar restricciones de divulgación. Tiene derecho a solicitar por escrito que restrinja el acceso a sus registros o limite la información médica que usamos o revelamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en su información médica que revelamos a alguien involucrado en su cuidado o al pago de su cuidado, como un miembro de la familia o un amigo. Es posible que no tengamos que aceptar su solicitud, excepto lo siguiente:

- **Excepción de Payor:** si la ley lo permite, debemos aceptar una restricción solicitada, si (1) la divulgación es a su compañía de seguro de salud a los fines de realizar pagos o operaciones de atención médica y (2) la información médica a restringir se relaciona únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que todas las partes han sido pagadas en su totalidad de su bolsillo. **NOTA:** durante una única visita al Sistema de Salud / Hospital, puede recibir una factura por pago de múltiples fuentes, incluido el Hospital, laboratorios, médicos individuales que lo atendieron, especialistas, radiólogos, etc. Por lo tanto, si desea restringir una divulgación a su compañía de seguro médico de todas estas partes, debe informar a cada proveedor de atención médica independiente por separado y debe enviar el pago en su totalidad a cada proveedor individual. El Hospital expresamente rechaza cualquier responsabilidad u obligación por actos u omisiones del personal médico independiente relacionados con sus derechos de privacidad de HIPAA.

Si aceptamos una solicitud de restricción, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia o para hacer una divulgación requerida por la ley. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién quiere que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a sus hijos adultos. La persona de contacto de HIPAA que figura al final del aviso puede ayudarlo con estas solicitudes.



Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de las cosas médicas de una determinada manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo en el trabajo o por correo postal. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Aceptaremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o donde desea ser contactado. La persona de contacto de HIPAA que figura al final del aviso puede ayudarlo con estas solicitudes.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web en www.millercountyhospital.com o en una copia impresa de Kristy Atterbury en Central Scheduling (Teléfono 229-758-3554).

Derecho a recibir una notificación de incumplimiento de información médica / facturación no asegurada. Usted tiene derecho a recibir un aviso por escrito de un incumplimiento de su información médica o de facturación o financiera no asegurada. Sus médicos (que no son empleados de Health System) u otras entidades independientes involucradas en su cuidado serán los únicos responsables de notificarle las infracciones que resulten de sus acciones o inacciones.

Para obtener más información, visite

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. El Aviso revisado se aplicará a la información médica que ya tenemos en el momento del cambio, así como a cualquier información médica que tengamos en el futuro. Publicaremos el Aviso actual en el Hospital y en todos los sitios de registro del Sistema de Salud y en nuestro sitio web en www.millercountyhospital.com.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE FACTURACIÓN REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Los usos y divulgaciones que generalmente no se mencionan en este Aviso de prácticas de privacidad o que no están permitidos por la ley federal o estatal o nuestras políticas y procedimientos, requerirán su autorización por escrito. Por ejemplo, a menos que la ley lo permita, la mayoría de los usos y divulgaciones de las notas, usos y divulgaciones de psicoterapia con fines de comercialización y divulgaciones que son la venta de información médica requieren una autorización.

Si nos da permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar dicho permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por los motivos que se indican en su autorización por escrito, pero la revocación no afectará las acciones que hemos tomado mientras confiaba en su permiso. No podremos recuperar las divulgaciones que ya hicimos con su permiso. Aún debemos seguir cumpliendo con las leyes que requieren ciertas divulgaciones, y debemos mantener nuestros registros de la atención que le brindamos.



SU PERSONA DE CONTACTO HIPAA

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o tiene una queja o inquietud, comuníquese con Cathi Worthy, OFICIAL DE PRIVACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD al (229) 758-5950, o envíe un correo electrónico a cworthy@millercountyhospital.com o envíe una carta a: HIPAA Oficial de Privacidad en la Autoridad del Hospital del Condado de Miller, 209 Norte Cuthbert Street, PO Cuadro 7, Colquitt, Georgia 39837.

RECLAMACIONES

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante el Sistema de Salud, llamando al **SERVICIO DE PRIVACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD** al (229) 758-5950, o enviando un correo electrónico a cworthy@millercountyhospital.com o escribiendo una carta a *Attn : Oficial de Privacidad de HIPAA, Autoridad del Hospital del Condado de Miller, 209 North Cuthbert Street, PO Box 7, Colquitt, Georgia 39837.*

También puede presentar una queja ante la Oficina de Servicios Humanos y del Departamento de Salud de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Fecha de vigencia: 23/09/2013

Revisado: 02/04/2018



Anexo C



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
RECONOCIMIENTO**

Nombre del paciente: _____

Reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad para la Autoridad Hospitalaria del Sistema de Salud del Condado de Miller. En relación con el Aviso, también reconozco que se me brindó la oportunidad de formular preguntas sobre el Aviso y sus contenidos. He leído y entiendo el Aviso. Entiendo que la versión más reciente de la Notificación se publicará en el Sistema de Salud y en www.millercountyhospital.com.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del representante autorizado del paciente, firma en nombre del paciente:

Base de autoridad para firmar para el paciente:

Para uso exclusivo del personal del sistema de salud: [Completar si no se obtiene el reconocimiento del paciente]

Se puso a disposición del paciente una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y se intentó de buena fe obtener la firma del paciente reconociendo el recibo del Aviso. No se obtuvo un acuse de recibo porque

Firma del representante del sistema de salud: _____ Fecha: _____



Anexo D



**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE)
FORMULARIO DE CANCELACIÓN**

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Dirección: _____
Código postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Por la presente reconozco y acepto y sigo:

1. Deseo **cancelar la exclusión de la HIE de la Autoridad del Hospital del Condado de Miller (HAMC)**. Entiendo que al hacer esta selección, NINGUNO de mis proveedores de atención médica podrán acceder a mi información de salud mantenida en cualquier lugar del HAMCHIE, incluso en casos de emergencia médica;
2. Entiendo que mis proveedores que originalmente generaron información sobre mí seguirán teniendo acceso a mi información, pero solo en el registro médico que crearon para mí, o al obtenerlo a través de métodos previamente establecidos;
3. Entiendo que esta Exclusión HIE NO permitirá que HAMC ponga mi información de salud disponible para otros HIE conectados con los cuales HAMC participa, incluso en casos de emergencia médica;
4. Entiendo que esta Opción de cancelación de HIE no cubre ni efectúa mi exclusión de ninguna otra HIE. Entiendo que si deseo optar por no participar en otra HIE, soy responsable de acercarme a mi proveedor que participa en otras HIE (s) sobre cómo puedo hacerlo;
5. Mi selección de exclusión de HIE continuará vigente a menos que la cambie por escrito;
6. Entiendo que una vez que este Exclusión de HIE entre en vigencia, puedo cambiar de opinión solo mediante la presentación de un formulario de cancelación de HAMC HTI Opt-Out anterior;
7. He tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas sobre este "HIE Opt-Out" y cualquier otra respuesta;
8. Cualquier información que se divulgue antes de enviar esta opción de exclusión de HIE no se puede recuperar y permanecerá con mi proveedor, que puede haber accedido a dicha información antes de que este Opt-Out entre en vigencia; y
9. Esta solicitud puede demorar hasta cinco días hábiles para surtir efecto.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si Representante Legal Autoridad del Estado:

**EL FORMULARIO COMPLETO Y FIRMADO DE HAMC HIE SE PUEDE
DEVOLVER A LA ESCRITORIO / RECEPCIÓN DE ESCRITORIO O ENVIARSE A:**

**HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY
209 NORTH CUTHBERT STREET, P.O. RECUADRO 7
COLQUITT, GA 39837**



Anexo E



RECAUDACIÓN DE FONDOS
FORMULARIO DE CANCELACIÓN

Por la presente reconozco y acepto lo siguiente:

1. Deseo **cancelar la recaudación de fondos del Hospital Authority of Miller County (HAMC).**

2. Este formulario debe enviarse a:

**HOSPITAL AUTHORITY OF
MILLER COUNTY
Attn: FUNDRAISING OPT-OUT
209 NORTE CUTHBERT STREET, P.O.
RECUADRO 7 COLQUITT, GA 39837**

3. **No deseo ser contactado para futuros esfuerzos de recaudación de fondos de la Autoridad Hospitalaria del Condado de Miller (HAMC) y sus entidades afiliadas. Por favor, elimine mi nombre, dirección y número de teléfono de nuestra lista de donantes.**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento o SSN _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fecha de firma: _____

Sección de exclusión

Si decide volver a participar en cualquier momento, firme y feche a continuación y use esta área para actualizar su información.

Nombre _____
Fecha de nacimiento o SSN _____
Dirección _____
Teléfono: _____
Firma: _____ Fecha: _____



The Translation Company

262 W. 38th Street • Suite 1705
New York • NY • 10018

CERTIFIED TRANSLATION

O-7-04673-02



Certification of Translator's Competency

I, CELINA BARRARAS, Certified translator under number T° XVI F° 172 N° 5832, do hereby certify that this is a faithful translation of a document submitted to us in English to be translated into Spanish.

Certified Translator

Celina Barraras

*The Translation Company
262 W. 38th St. Suite 1705
New York, NY 10018
April 26, 2018
O-7-04673-02*



245382

The Translation Company Group LLC