

AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD DE COMMUNITY HEALTH NETWORK, INC.

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD (“AVISO”) DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Este Aviso describe las prácticas de confidencialidad de Community Health Network, Inc., Community Hospital North, Community Hospital East, Community Hospital South, Community Heart and Vascular Hospital (una instalación de Community Hospital East), Community Howard Regional Health, Community Hospital Anderson, Fairbanks Hospital, Community Physician Network, Community Home Health, Community Surgery Center North, Community Surgery Center East, Community Surgery Center South, Community Surgery Center Hamilton, Community Surgery Center Howard, Community Surgery Center Northwest, Community Surgery Center Plus, Community Endoscopy Center Indianapolis, Community Digestive Center Anderson, Fingleaf Boutique, y sus afiliados, incluyendo: cualquier miembro del personal médico, empleados, voluntarios y profesionales de salud autorizados a entrar información en su registro de salud/médico (de aquí en adelante referidos como “Community Health Network” o la “Red”).

Nuestro deber de resguardar su información de salud protegida:

Se considera Información de Salud Protegida (“PHI” por sus siglas en inglés) toda información individual identificable acerca de su salud o condición del pasado, presente o futuro, los servicios de salud brindados a usted o el pago por los servicios de salud suministrados. Se deja expresa constancia de que toda información acerca de su persona y su estado de salud es de carácter personal y, como tal, nos comprometemos a resguardarla. De conformidad con lo dispuesto por las leyes vigentes, nuestra institución se encuentra obligada a asegurar que su PHI se mantenga en confidencialidad, como así también a entregarle el presente Aviso acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de confidencialidad. Este documento detalla cómo, cuándo y por qué podemos utilizar y divulgar su PHI. En términos generales, debemos tener acceso, uso y divulgación de lo mínimo de su PHI con el fin de cumplir con el objetivo del mencionado acceso, uso o divulgación. Utilizamos sólo la información médica (y permitimos que otros la obtengan) que las leyes federales y estatales lo permitan.

Estamos obligados a cumplir con las prácticas de confidencialidad descritas en el presente Aviso; no obstante, **nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas y las cláusulas del presente Aviso a cualquier momento.** También nos reservamos el derecho de poner en vigencia nuevas disposiciones en este Aviso en relación con toda PHI que se encuentre ahora bajo nuestro poder o que recibamos en el futuro. En caso de realizar cambios en el presente Aviso, el nuevo aviso será exhibido en el área de inscripción de pacientes y/o en las salas de espera como también será publicado en nuestra dirección en línea www.eCommunity.com. Habrá copias de las prácticas de confidencialidad vigentes en las áreas de inscripción para la disponibilidad de los proveedores indicados anteriormente.

Cómo podríamos utilizar y divulgar su Información de salud confidencial:

Podemos tener acceso, utilizar y divulgar su PHI por diversas razones. La siguiente sección le ofrece más descripciones y ejemplos de nuestro acceso, utilización y divulgación potencial (“utilizaciones y divulgaciones”) de su PHI. Otras formas de utilización y divulgación no descritas en este Aviso se realizarán únicamente con su autorización.

Utilización y divulgación relacionado al tratamiento, pago o actividades del servicio de salud. Puesto que somos un sistema integrado, podemos compartir su PHI con personal designado dentro de la Red y otros fuera de nuestras instalaciones, para el tratamiento, el pago o propósitos de actividades relacionadas. Generalmente, podríamos utilizar o divulgar su PHI:

- **Para tratamiento:** Su PHI puede ser utilizada y divulgada por la Red, nuestro personal y otros del exterior de nuestras instalaciones quienes están involucrados en su atención y tratamiento con el fin de proporcionar y coordinar la atención médica para usted. Por ejemplo, se compartirá su PHI entre los miembros de su equipo de tratamiento, los proveedores de salud a quienes ha sido referido, el personal de instalaciones para su recuperación post-aguda, farmacias, etc. Si usted está hospitalizado, puede que su nombre se coloque afuera de su habitación.

La Red participa en ciertos Intercambios de Información de la Salud u Organizaciones (“HIEs” o “HIOs” por sus siglas en inglés). Específicamente, la Red participa en el Intercambio de Información de Salud de Indiana (“IHIE” por sus siglas en inglés) y la Red de Indiana para el Cuidado del Paciente (“INPC” por sus siglas en inglés), la cual facilita que su PHI esté disponible a otros proveedores de salud quienes puedan necesitar tener acceso con el fin de proporcionarle atención o tratamiento.

- **Para obtener pagos:** Podemos utilizar o divulgar su PHI con el fin de facturar y cobrar pagos para sus servicios de atención médica. Por ejemplo, puede que suministremos porciones de su PHI a Medicare/Medicaid, a un asegurador privado o a un plan de seguro de salud colectivo con el fin de obtener el cobro por los servicios brindados a usted. Puede que sea necesario suministrar su PHI a la agencia de Medicaid estatal para determinar su elegibilidad para recibir servicios financiados con fondos públicos.

- **Para actividades de servicio de salud:** podemos utilizar o divulgar su PHI en el curso de nuestras actividades. Por ejemplo, podemos utilizar su PHI o las respuestas que dio en una encuesta de opinión para evaluar la calidad de servicios brindados por nuestro personal o divulgar su PHI a nuestros auditores o abogados con fines de auditoría o fines jurídicos. Podríamos también compartir su PHI con organismos de control de otorgamiento de licencias tales como el Departamento de Salud del Estado de Indiana. Además, puede que permitamos a otros proveedores que utilicen su PHI para algunas de sus actividades de servicio de salud cuando usted sea paciente de aquel proveedor. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con otros proveedores para evaluar la calidad de servicios siendo proporcionados.

Podemos usar su PHI para proporcionarle información sobre sus citas y otros asuntos relacionados a su atención. Podríamos contactarle por medio del correo, teléfono o vía MyChart, nuestro portal del paciente. Puede que usemos el número telefónico que nos proporcionó para dejarle mensajes de voz o enviarle mensajes de texto.

- **Para recaudación de fondos:** Nosotros mismos o el personal de nuestras Fundaciones pueden contactarle para recaudar fondos para la Red y sus actividades, a no ser que usted nos diga que no le contactemos para estos fines. Usted tiene el derecho de optar exonerarse de recibir estas comunicaciones de recaudación de fondos de parte de nosotros, y nosotros le indicaremos cómo puede exonerarse de cada comunicación de recaudación de fondos.

Usos y Divulgaciones que requiere autorización: Para otros usos y divulgaciones no descritas en este Aviso, se requiere contar con una autorización por escrito a no ser que el uso y la divulgación esté dentro de una de las excepciones descritas a continuación. Puede revocar una autorización por medio de una notificación escrita. Si revoca su autorización, nos abstendremos de continuar utilizando y divulgando su PHI por los fines especificados en su autorización por escrito empezando en la fecha que se reciba su revocación. No podrá aplicarse su revocación a la información ya divulgada. No podemos rehusarnos brindarle tratamiento médico si usted no firma una autorización para divulgar su PHI **a no ser que** a) los servicios suministrados tengan por único fin elaborar un historial clínico para un tercero, tal como la realización de exámenes físicos o toxicológicos destinados para un empleador o una compañía de seguros; o b) el tratamiento brindado se relacione con estudios de investigación médica que requieran de autorización para utilizar esta información de salud para tales propósitos. No venderemos ni utilizaremos su PHI para propósitos de mercadeo sin su autorización. No divulgaremos ningunas notas tomadas en una sesión de psicoterapia (así definido por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos – Health Insurance Portability & Accountability Act) sin su previa autorización.

Puede revocar una autorización para utilizar o divulgar su PHI por medio de una solicitud escrita **excepto:** (1) en la medida que se hayan tomado acciones en base a la autorización; o (2) si la autorización se obtuvo como condición en la obtención de la cobertura de la aseguranza y el asegurador cuestiona un reclamo bajo la política. Su revocación escrita debe incluir la fecha de la autorización, el nombre de la persona u organización autorizada a recibir el PHI, su firma y la fecha en la que firmó su revocación. La revocación escrita debe ser dirigida a: Health Information Management, Release of Information, 1500 N. Ritter Avenue, Indianapolis, IN 46219. Tal revocación **no** se efectivizará hasta que la Red la haya recibido.

Utilizaciones y divulgaciones que no requieren autorización: La ley en vigencia nos permite utilizar o divulgar su PHI sin su autorización en ciertas situaciones, incluido pero no limitado:

- **De conformidad con lo dispuesto por la ley:** Podemos divulgar la PHI cuando una ley la requiere o nos permite hacerlo. Por ejemplo, podemos reportar información acerca de una sospecha de abuso y/o abandono, o la supuesta perpetración de un delito, o en referencia a productos o actividades regulados por la FDA (Administración de Alimentos y Drogas por sus siglas en inglés), o en respuesta a una orden judicial. Asimismo podemos divulgar su PHI a toda autoridad que supervise el cumplimiento de estos requisitos de confidencialidad.
- **Para actividades relacionadas a la salud pública:** Podemos divulgar su PHI cuando se nos requiere o nos permite recopilar información acerca de enfermedades o lesiones o suministrar información relativo a estadísticas demográficas a una autoridad pública sanitaria, tales como informes de casos de tuberculosis o nacimientos y muertes.
- **Para actividades de supervisión sanitaria:** Podemos divulgar su PHI al Departamento de Salud del Estado de Indiana o a otros organismos responsables del monitoreo de la Red con el fin de elaborar informes o investigar situaciones extraordinarias.
- **A un compañero de negocio:** Se nos proporcionan determinados servicios por medio de contratos con entidades terceras conocidas como “socios comerciales” que requieren acceso a la información de su salud con el fin de proporcionar tales servicios. Ejemplos incluyen los organismos de transcripción, servicios de copiadora y proveedores de servicios de la Nuve (Cloud). Se requiere que estos socios comerciales se pongan de acuerdo a proteger la información de su salud en cumplimiento con todas las leyes.
- **Cuando existe un deceso:** Podemos divulgar su PHI relacionado con la muerte de una persona a médicos forenses, supervisores médicos, directores de funerarias y organizaciones dedicadas a la obtención de órganos.
- **Para propósitos de estudios científicos:** En determinadas circunstancias, y bajo la supervisión de la Junta de Revisión Institucional [Institutional Review Board], podemos divulgar su PHI con el fin de promover la investigación médica, como por ejemplo para comparar la salud y el proceso de recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron un distinto medicamento.
- **Para evitar una amenaza hacia la salud y la seguridad:** Con el fin de evitar serios e inminentes riesgos a la salud o seguridad de una persona o del público, podemos divulgar su PHI a organismos de seguridad u otras personas que puedan razonablemente prevenir o reducir la posibilidad de amenaza.
- **Para organismos encargados del cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su PHI a todo organismo encargado de exigir

el cumplimiento de la ley en circunstancias tales como: en respuesta a una orden judicial; para identificar a un sospechoso, testigo o persona desaparecida; en relación con víctimas de delitos; muertes dudosas que se podría sospechar es el resultado de un delito; o un delito que ocurre en nuestras instalaciones.

- **Para determinadas actividades gubernamentales:** Podemos revelar la PHI relativo a miembros de las fuerzas armadas activos o jubilados en determinadas situaciones; para instituciones correccionales en determinadas situaciones; y para colaborar en la realización de operaciones de inteligencia y seguridad, tales como la protección del Presidente de la nación.
- **Para propósitos del Seguro Médico del Empleador [Workers' Compensation]:** Podemos revelar su PHI a su empleador o al encargado del seguro de su empleador en conformidad con el régimen de indemnizaciones por accidente de trabajo u otros programas similares que otorguen beneficios en caso de que el empleado sufra un accidente o enfermedad de trabajo.
- **Personas encarceladas:** Si usted es una persona reclusa en instituciones correccionales o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, la Red puede revelar su PHI con el fin de que le proporcionen atención médica, para proteger su salud y su seguridad, la salud y seguridad de otras personas, o asegurar la protección y seguridad de la institución correccional.
- **PHI inidentificable:** Podemos identificar su información de salud como permite la ley. Podemos utilizar y revelar a otros la información inidentificada para cualquier fin, sin su autorización o consentimiento futuro, incluyendo pero sin límite a estudios científicos, desarrollo de herramientas de inteligencia artificial y actividades de mejoras para la atención de salud/actividades de salud.

Usos y Divulgaciones que requieren que usted tenga la oportunidad de expresar su oposición: En los casos siguientes, podemos utilizar y revelar su PHI si le notificamos por adelantado acerca de la posible utilización y revelación, y usted no se opone; tiene la oportunidad en este caso de aceptar, prohibir o limitar la utilización o la revelación. Sin embargo, en caso que se presentara una emergencia, y de no contar con la posibilidad de dar su acuerdo u oponerse, podemos utilizar o revelar su PHI si está acorde con las intenciones previamente expresadas y se determina que la utilización y la revelación resultará para su mejor beneficio; con tal de que usted sea informado y brindado la oportunidad de expresar su oposición a mayores usos y revelaciones para propósitos del directorio de pacientes en cuanto se encuentre en condiciones de hacerlo.

- **Directorios de pacientes:** Si usted está hospitalizado, se podrá incluir en el directorio de pacientes su nombre, ubicación, estado de salud y la religión que profesa para brindar al clérigo o los que llaman o concurren a la instalación o pregunten por su nombre. Si usted solicita que le marquen como paciente "sin información", los voluntarios, los cuidadores/empleados y las recepcionistas no informarán a nadie que usted se encuentra en la instalación, y así las flores, el correo, las llamadas telefónicas y las visitas no serán aceptadas si no se ofrece el número de su habitación.
- **Para familias, amistades, u otras personas que participan en su atención:** Podemos brindar a su familia, sus amistades u otros que participan en su atención la información directamente relacionada a su participación en el tratamiento o el pago correspondiente. Podemos también compartir su PHI con estas personas para notificarles acerca de su ubicación, estado de salud o defunción.
- **Asistencia en casos de catástrofes:** En caso de que se produzca una catástrofe, estamos facultados para brindar su PHI a todo organismo de damnificados, público o privado, a fin de coordinar la forma de notificar a sus familiares y amigos acerca de su ubicación, estado de salud o deceso.

Medidas preventivas: Se nos requiere contar con las salvaguardias correspondientes para proteger la confidencialidad de su PHI con el fin de limitar los usos y divulgaciones incidentales. Comunicaciones orales con frecuencia ocurren libremente y rápidamente en entornos de tratamientos como también en los consultorios médicos, en las estaciones de enfermeras o en las salas de emergencia.

Cuando se oye conversaciones en estos medios, las mismas pueden ser difíciles de evitarlas y se consideran las mismas divulgaciones incidentales. Se permiten las divulgaciones incidentales cuando se ha puesto en su lugar medidas preventivas razonables.

Sus derechos en relación con su información médica confidencial (PHI por sus siglas en inglés): Usted cuenta con los siguientes derechos en relación con su PHI:

- **Para solicitar restricciones a su uso y revelación:** Usted tiene el derecho de solicitar límite a cómo usamos y divulgamos su PHI. Debe realizar esta solicitud por escrito. Si ha pagado usted por completo por un servicio y nos ha solicitado que no compartiéramos su PHI en relación a aquel servicio con un plan de salud, debemos estar de acuerdo con tal solicitud. Para cualquier otra solicitud para limitar el uso y divulgación de su PHI, consideramos su solicitud pero no estamos obligados a aceptar restricción alguna. En el caso que aceptemos las limitaciones, se elaborará un informe por escrito y cumpliremos con estas limitaciones con excepción de las situaciones de emergencia. Si estamos de acuerdo, se aplicarán estas restricciones solamente a los afiliados de la Red enumerados al comienzo del presente Aviso. Sin embargo se deja expresa constancia de que resulta imposible dejar sin efecto divulgaciones ya efectuadas. Asimismo no podemos aceptar ningún tipo de limitación a los usos o divulgaciones exigidos por la ley.
- **Para solicitar comunicaciones de carácter confidencial:** Puede solicitar el envío de información a una dirección diferente o por medios alternativos como, por ejemplo, solicitar que se le contacte únicamente a su trabajo. Deberá efectuar su pedido por escrito. Aceptaremos su pedido en tanto resulte razonable realizarlo.
- **Para examinar y copiar su PHI:** Usted tiene el derecho de examinar y obtener una copia electrónica o en papel de su PHI. Su pedido debe presentarse por escrito. Si desea copias de su PHI, se impondrá un costo razonable por las copias. Si solicita una copia electrónica de su PHI que mantenemos electrónicamente, le proporcionaremos una copia electrónica en el formato que

nos solicita si su PHI se puede fácilmente reproducir en el formato que solicita. Tiene derecho a seleccionar qué parte de su información desea reproducir y a obtener por adelantado el costo de esta reproducción. Daremos respuesta a su solicitud dentro de un plazo de 30 días. En circunstancias limitadas, se podría negar su pedido. Si negamos su acceso, se expresarán las razones por escrito y se explicará cualquier derecho a solicitar una revisión de la decisión.

- **Para solicitar una modificación de su PHI:** Si considera que se ha producido un error u omisión en nuestros registros, puede solicitar por escrito que se realice la corrección o se agregue al registro. Las solicitudes deberán incluir los motivos por los que se solicita la modificación e identificar a quién se debe informar de cualquier cambio. Daremos respuesta a su solicitud dentro de un plazo de 60 días a partir de su recepción. Podemos rechazar una solicitud de modificación de datos en caso de no presentarse por escrito o por no incluir los motivos que la respaldan. También podemos rechazarla si determinamos que la información médica confidencial: (1) está correcta y completa; (2) no ha sido elaborada por nuestra institución y/o no forma parte de nuestros registros; o (3) no puede ser divulgada. De denegarse su solicitud, se brindará una explicación detallada acerca de los motivos y de sus derechos a solicitar una revisión de la decisión. Esta información junto con toda declaración que usted presente, se adjuntarán a su registro. De aprobarse la solicitud de enmienda, le informaremos esta aprobación, se realizarán los cambios en su PHI, se notificará a otros que necesitan saber sobre esta modificación.
- **Para averiguar qué divulgaciones de su información personal se han realizado:** Tiene derecho a obtener una lista de dónde, a quién(es), para qué propósito y qué contenido de su PHI ha sido divulgado, a excepción de lo que lo enumeramos a continuación - esto se denomina una declaración de información divulgada. La lista **no** incluirá ninguna divulgación realizada: (a) hace más de seis (6) años atrás; (b) para el tratamiento, pago o propósitos de las actividades de atención médica; (c) divulgaciones autorizadas por usted; (d) destinadas para la seguridad nacional; (e) brindadas a través de un directorio de la institución; o (f) a autoridades legales o correccionales. Su solicitud deberá presentarse por escrito, y se le enviará una respuesta dentro de un plazo de sesenta (60) días de ser recibida. Será gratuita la primera lista del año, no obstante, podrá cobrarse un arancel para las listas subsiguientes.
- **Derecho de recibir notificación por infracción:** La ley requiere que mantengamos la confidencialidad de su información médica, que le proporcionemos el Aviso de nuestros deberes jurídicos y prácticas de confidencialidad con respecto a su información médica y le notifiquemos en seguida que haya ocurrido una infracción en la información médica inasegurada. Le daremos notificación por escrito en el caso que nos enteráramos de cualquier uso sin autorización de su información médica que no haya sido asegurada apropiadamente como HIPAA lo requiere. Le notificaremos sin demora irrazonable pero dentro de sesenta (60) días que se haya descubierto esta infracción.
- **Para recibir una copia impresa de este Aviso:** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso y/o una copia digital enviada por correo electrónico. Para obtener una copia de este aviso, sírvase contactarnos al 317.621.7324 o al privacy@eCommunity.com.

Centro de Recuperación Community Fairbanks – Uso y divulgación de los registros de trastornos por consumo de sustancias sujetos a la Parte 2: Además de la Regla de Privacidad de HIPAA que protege sus registros médicos, la Ley Federal de Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias (“42 CFR Parte 2” o “Parte 2”) brinda protección adicional a la información proveniente de un programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias cubierto por la Parte 2 (un “Programa de la Parte 2”). El Centro de Recuperación Community Fairbanks (“CFRC”) opera un Programa de la Parte 2.

Por lo general, CFRC no puede divulgar ninguna información que lo identifique como paciente de CFRC, a menos que:

- usted otorgue su consentimiento por escrito para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica;
- usted otorgue su consentimiento por escrito para otros fines (según se explica anteriormente en “Usos y divulgaciones que requieren autorización”);
- la divulgación esté permitida por una orden judicial (según se explica anteriormente en “Usos y divulgaciones que no requieren autorización” en la sección de aplicación de la ley); o
- la divulgación se realice a personal médico en una emergencia médica o a personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas (según se explica anteriormente en “Usos y divulgaciones que no requieren autorización”).

Si recibimos o conservamos información sobre usted de un Programa de la Parte 2 de un tercero (que no sea CFRC) de conformidad con un consentimiento general que usted firmó para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, podemos usar y divulgar los registros de ese Programa de la Parte 2 de un tercero de conformidad con HIPAA, según se describe en este Aviso. Si recibimos o conservamos su información de un Programa de la Parte 2 de un tercero (que no sea CFRC) de conformidad con un consentimiento específico que usted firmó, usaremos y divulgaremos los registros de ese Programa de la Parte 2 de un tercero únicamente según lo autorice expresamente usted en el consentimiento que nos haya otorgado.

En ningún caso usaremos ni divulgaremos sus registros de CFRC o de un Programa de la Parte 2 de un tercero en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo iniciado por ninguna autoridad federal, estatal o local en su contra, salvo que usted lo autorice por escrito o conforme a una orden judicial.

La 42 CFR Parte 2 **no** protege la divulgación de información relacionada con: (1) la comisión (o amenaza de comisión) de un delito en las instalaciones de CFRC o contra el personal de CFRC; o (2) la obligación de reportar sospechas de abuso o negligencia infantil conforme a la ley del estado de Indiana a las autoridades correspondientes.

Preguntas o reclamos respecto a nuestras Prácticas de Confidencialidad:

Si tiene preguntas acerca de este Aviso, piensa que hemos violado sus derechos de confidencialidad o no está de acuerdo con alguna decisión que realizamos respecto al acceso a su PHI, puede contactar a VP Compliance, 317-621.7324 o al privacy@eCommunity.com. Puede también presentar un reclamo anónimo llamando al 1.800.638.5071. Puede presentar una queja por escrito con el Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. **No se tomará represalia alguna contra quien presente un reclamo.**

Aviso no discriminatorio:

Community Health Network cumple con los correspondientes derechos civiles Federales sin distinción a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Network no excluye personas o les trata de manera distinta debido a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Por favor, comuníquese al personal que necesita un intérprete.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。