



Efectivo a partir de Septiembre 23, 2013

## **AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR LEALO CUIDADOSAMENTE.**

### **COMO ENTENDER SU HISTORIA O INFORMACION MEDICA**

Cada vez que usted asiste a un hospital, a un médico u otro proveedor de salud, un registro de su visita es efectuado. Generalmente este registro contiene sus síntomas, el examen realizado, los resultados del mismo, el diagnóstico, el tratamiento y el plan para su cuidado o tratamiento futuro. Esta información es generalmente conocida como su historia médica o de salud, y sirve para lo siguiente:

- Es la base para planear su cuidado o tratamiento
- Es un medio de comunicación entre los profesionales de salud que contribuyen a su cuidado
- Es un documento legal que describe el cuidado y atención que usted recibió
- Es un medio por el cual usted o un tercero responsable del pago puede verificar que los servicios facturados fueron realmente prestados
- Es un instrumento para la educación de profesionales de la salud
- Es una fuente de información para la investigación médica
- Es una fuente de información para los funcionarios de la salud pública encargados de mejorar la salud de la nación

- Es una fuente de información que facilita la comercialización y mercadeo
- Es una herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos y los resultados que obtenemos

Entender el contenido de su historia médica y cómo esta información es utilizada puede ayudarle a usted a:

- Asegurar su precisión
- Entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información médica
- Tomar decisiones más informadas para autorizar la divulgación de la misma a otros

## **INFORMACION MEDICA PROTEGIDA (“IMP”)**

Información médica protegida o “IMP” significa cualquier información referente a usted, que lo identifique, o que proporcione bases razonables para creer que dicha información puede ser utilizada para identificarlo.

### **QUIEN DEBE CUMPLIR CON ESTE AVISO:**

Good Shepherd Rehabilitation Network (“Good Shepherd”) proporciona rehabilitación a pacientes hospitalizados y ambulatorios, así como atención residencial de largo plazo para personas con discapacidades. Good Shepherd incluye las siguientes entidades legales:

- Hospital de Rehabilitación Good Shepherd incluyendo:
  - Unidad pediátrica para pacientes hospitalizados
  - Unidad de los Poconos;
  - Lugares para pacientes ambulatorios;
  - Grupo pediátrico de Good Shepherd
  - Grupo médico de Good Shepherd; y
  - Grupo psicológico de Good Shepherd
- Hospital de especialidades de Good Shepherd; y

- Hogar de atención a largo plazo Good Shepherd, incluyendo:
  - Hogar Good Shepherd – Raker; y
  - Hogar Good Shepherd - Bethlehem

Todas las entidades e instalaciones de Good Shepherd, así como su cuerpo médico que preste servicios en cualquier instalación o entidad de Good Shepherd, deben cumplir con este aviso. Cualquier persona, entidad o instalación involucrada en su cuidado y atención, podrá compartir entre si su información médica para tratamiento, pago u operaciones del sistema de salud tal y como se describe en este documento.

## **RESPONSABILIDADES DE GOOD SHEPHERD**

Por ley Good Shepherd es requerido a (1) mantener la privacidad de su información médica; (2) proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a la información médica que recolectamos y mantenemos sobre usted; y (3) proporcionarle información sobre sus derechos a cerca de la misma

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y provisiones y a hacer las nuevas efectivas para proteger toda la información médica que mantenemos. En caso de que nuestras prácticas de privacidad cambien, publicaremos el aviso revisado en el lugar adecuado y le ofreceremos una copia actualizada de la misma en su próxima visita. Usted también puede acceder a la versión más actualizada de nuestras prácticas de privacidad ingresando a nuestro sitio de red [www.goodshepherdrehab.org](http://www.goodshepherdrehab.org).

### **A. COMO PODEMOS UTILIZAR SU INFORMACION MEDICA**

Nosotros podemos divulgar o utilizar su IMP por razones de tratamiento, pagos u operaciones del sistema de salud. A continuación mencionaremos algunos ejemplos referentes a las tres categorías anteriores. En estos ejemplos no están mencionados todos los usos que podremos dar a su información

médica. Sin embargo, todas las formas en las que la ley nos autoriza a utilizar o divulgar su información pertenecerán a alguna de las categorías mencionadas en este aviso.

1. **Tratamiento**. Nosotros podemos utilizar su IMP, para proporcionar, coordinar o manejar su atención médica y otros servicios relacionados a su salud, proporcionados bien sea por nosotros o por otro proveedor de salud. Por ejemplo, su médico y su terapeuta pueden compartir su información para desarrollar un plan de cuidado y atención para usted. Una vez usted haya salido de nuestra institución, nosotros le podremos facilitar a su médico o proveedor de salud copias de nuestros reportes los cuales le podrán ayudar a establecer un plan de tratamiento que se acople a sus necesidades. Nosotros también podemos consultar con otros proveedores de salud acerca de su cuidado y como parte de esta consulta, podemos compartir su información médica.

2. **Pagos** Podemos usar y divulgar su IMP para obtener el pago por los servicios que le hemos prestado, bien sea facturándoselos directamente a usted, a su compañía de seguros o a un tercero responsable del pago. Por ejemplo, nosotros podemos proporcionarle a su seguro su información médica referente a los servicios de salud que le fueron prestados, de manera que su seguro sea quien nos pague a nosotros, o que le devuelva el dinero que previamente usted nos haya pagado. La información que acompaña la factura, puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico y suministros prestados.

3. **Operaciones del Sistema de Salud**. Podremos usar o divulgar su IMP para nuestras propias operaciones internas. Estas operaciones incluyen administración, educación y control de calidad hacia los servicios de salud que estamos prestando. Por ejemplo nuestros médicos, o nuestro grupo encargado de analizar la calidad de los servicios ofrecidos, pueden usar su IMP para evaluar los logros obtenidos en su caso o en casos similares al suyo. La información recaudada será utilizada más

adelante para mejorar la atención y la calidad de los servicios médicos ofrecidos por nosotros. También podremos usar o divulgar su IMP para entrenar a nuestros nuevos miembros, estudiantes o voluntarios que trabajen para Good Shepherd. Otros usos operacionales para los que podemos divulgar su IMP están relacionados con la planeación de negocios o la resolución de alguna queja.

## **B. USOS O DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN DE AUTORIZACION**

Además de usar y divulgar su IMP para tratamiento, pago u operaciones del sistema de salud, también podemos usar y divulgar su información para otros propósitos:

1. **Asociados de negocio**. Algunos de los servicios prestados por nosotros, se hacen a través de contratos con nuestros “asociados de negocio”. Por ejemplo, la copia de registros, contabilidad, representación legal y proceso de quejas y reclamos. Cuando estos servicios son contratados, nosotros podemos divulgar su IMP para que dichas entidades puedan desarrollar satisfactoriamente su trabajo y en caso de ser aplicable, puedan facturarle a usted, a su seguro o a un tercero responsable del pago, los gastos incurridos por su atención médica. Cada vez que nosotros divulguemos su IMP con nuestros asociados de negocio, un contrato de confidencialidad es efectuado, para así mantener y garantizar la privacidad de su información.

2. **Directorio**. A menos que usted se oponga y nos lo haga saber, su nombre, lugar dentro de la institución, condición general y creencia religiosa serán utilizadas para nuestro directorio interno. Nuestro directorio interno no incluye su información médica específica. Nosotros podemos dar a conocer dentro de nuestro directorio interno su información con excepción de su creencia religiosa, a quien pregunte por usted por su nombre. Toda su información, incluida su creencia religiosa si podrá ser divulgada a cualquier miembro del clero.

3. **Citas.** Podemos usar su IMP para recordarle de sus citas. Por ejemplo, podemos ver su expediente médico para determinar la hora y el día de su próxima cita con nosotros y así poderle enviar una carta o hacerle una llamada para recordárselo.

4. **Tratamiento alternativo/Beneficios y Servicios relacionados a la salud.** Podemos divulgar o usar IMP para recomendarle o avisarle de un posible tratamiento alternativo o de diferentes opciones, así como para informarle sobre productos o servicios médicos que le puedan interesar. Si no desea recibir información de este tipo, por favor contáctenos al 1-888-44-REHAB (73422) o a nuestra página web [www.goodshepherdrehab.org](http://www.goodshepherdrehab.org). Usted también puede contactar a nuestro departamento de Mercadeo y Comunicaciones localizado en 850 S. Fifth Street, Allentown, Pennsylvania, 18103.

5. **Personas involucradas en su cuidado.** Los profesionales de la salud haciendo uso de su mejor criterio, podrán divulgar su IMP en lo que a cada persona corresponde, a un familiar, un amigo cercano o a alguna otra persona identificada por usted. Usted tiene el derecho a objetarlo, a menos que se trate de una emergencia, o que usted no esté en su total capacidad. También podemos divulgar su IMP a algún miembro familiar u otra persona encargada de su cuidado acerca de su ubicación, condición general o muerte.

6. **Ayuda en caso de desastres.** Adicionalmente, podemos divulgar su IMP a organizaciones o entidades públicas encargadas de manejar situaciones de desastre, para que ellas intenten establecer contacto con algún familiar suyo o conocido sobre su ubicación y estado de salud.

7. **Investigación.** Podemos divulgar su información a investigadores después de que la investigación que estén realizando haya sido aprobada por nuestra Junta de Revisión Institucional, la cual previamente ha aprobado el propósito de dicha investigación y ha establecido protocolos que se deben

respetar para asegurar la privacidad de su IMP. También estamos facultados a divulgar su IMP a proyectos investigativos, como por ejemplo, cuando un investigador busca pacientes que tengan una condición médica especial. Dicha información no podrá salir de nuestras instalaciones.

8. **Encuestas de satisfacción a pacientes y residentes.** Podemos realizar encuestas de satisfacción a pacientes y residentes con el objetivo de saber cómo podremos mejorar nuestros servicios.

9. **Directores de funerarias, médicos forenses y examinadores médicos.** Su IMP podrá ser divulgada a dichas personas para que estas realicen su trabajo y puedan determinar la causa de su muerte, identificar su cuerpo y en el caso de los directores funerarios, realizar las preparaciones pertinentes a los servicios fúnebres.

10. **Organizaciones para la obtención de órganos.** Podemos divulgar su IMP a organizaciones encargadas de obtener órganos, almacenarlos y trasplantarlos y cuyo propósito es la donación de tejidos y trasplante de órganos.

11. **Para la recaudación de fondos.** Podemos divulgar su IMP, incluido su nombre, dirección, número de teléfono y fechas en que recibió tratamiento, con el objetivo de poder contactarlo y pedir su colaboración para la recaudación de dinero. Por ejemplo, para poder ofrecer más servicios de caridad o mejorar la salud de nuestra comunidad, es necesario recaudar dinero y por lo tanto lo podremos contactar para solicitarle una donación. Good Shepherd no compartirá su IMP con entidades que no estén afiliadas a nuestra institución. Si usted no desea recibir ninguna petición para una donación en el futuro, por favor contáctenos al 610-776-3146, o manifiéstelo así a través de alguna correspondencia que reciba de parte nuestra solicitándole su donación.

12. **Amenaza grave a la salud o seguridad.** Como es requerido por ley y siguiendo los parámetros de conducta

ética, podremos divulgar su IMP a las autoridades correspondientes siempre y cuando consideremos que esta divulgación es necesaria para prevenir una seria amenaza a la seguridad y salud pública.

13. **Compensación laboral.** Podemos divulgar su IMP en la medida autorizada por la ley y en la medida que sea necesario, a los programas de compensación laboral, pues estos ofrecen beneficios basados en lesiones o enfermedades laborales.

14. **Actividades de Salud Pública.** Como es requerido por la ley, podremos divulgar su IMP a autoridades o entidades encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También debemos reportarle a su empleador algunas enfermedades relacionadas al trabajo, para que su lugar de trabajo pueda ser monitoreado y garantizar la seguridad pública. También podemos divulgar a la FDA información médica relacionada a eventos adversos que involucren alimentos, suplementos, productos y defectos de los productos, para así poder asegurar el retiro o reemplazo de los mismos del mercado.

15. **Actividades de vigilancia de salud.** Nosotros podemos divulgar su IMP tanto a autoridades encargadas de monitorear, investigar, inspeccionar y disciplinar a los trabajadores del sistema de salud, así como a aquellas que otorgan las licencias a los mismos; Por ejemplo: La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud, conocida en inglés por sus siglas (JCAHO); La Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación, conocida en inglés por sus siglas (CARF) y el Departamento de Salud de Pennsylvania.

16. **Militares, Seguridad Nacional, Encarcelados y funcionarios que aplican la ley.** En caso de que usted este encarcelado, esté involucrado con las fuerzas militares, con la Seguridad Nacional o con actividades de inteligencia, su IMP podrá ser divulgada con propósitos de proteger su salud y la



salud de otros individuos y permitirá a las autoridades pertinentes que cumplan con sus deberes de acuerdo a la ley.

17. **Fuerzas Públicas.** Podremos divulgar su IMP si la fuerza pública así lo estima, o si somos requeridos a hacerlo por ley o en respuesta a una citación de corte válida. Por ejemplo, nosotros podemos reportar abuso, negligencia o violencia doméstica.

18. **Cuando lo es requerido por la ley.** Podremos divulgar o usar su IMP cuando sea requerido por ley.

19. **Víctimas de abuso, violencia doméstica o negligencia.** Divulgaremos su IMP a las correspondientes autoridades gubernamentales que estén autorizadas por ley para recibir reportes de abuso, violencia doméstica o negligencia, siempre que nosotros consideremos que usted es una víctima de las mismas. Solamente divulgaremos esta información si somos obligados por ley o si usted está de acuerdo con que lo hagamos.

20. **Procedimientos Administrativos y Judiciales.** Podremos divulgar su IMP como respuesta a una citación judicial, una orden de la corte o un proceso legal, solo si previamente se han hecho suficientes esfuerzos para informarle a usted sobre esa solicitud. En caso de que las leyes de Pennsylvania ofrezcan mayor protección a su IMP, nosotros seguiremos dicha ley.

## C. **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACION**

### 1. **Información áltamente confidencial**

Las leyes federales y estatales obligan a dar una mayor protección y privacidad a cierta información. Nosotros no podremos divulgar su IMP si este está en 1) notas de terapias psicológicas; 2) si es relacionada con tratamiento mental, servicios de discapacidades referentes al desarrollo o tratamientos para abuso de droga y alcohol 3) si es relacionada

con exámenes para detectar el VIH y su tratamiento, así como ninguna información relacionada al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual; y 4) ninguna información genética a menos que sea permitido por la ley.

2. **Otros usos o divulgaciones que requieren su autorización específica**

Cualquier otro tipo de uso o divulgación de su IMP que no esté descrito en este aviso, solo será hecho si usted lo autoriza de forma escrita. A excepción de lo permitido en este documento o por ley, solicitaremos con anterioridad su autorización por escrito para poder usar o vender su información con propósitos de mercadeo. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito. Sin embargo, debe tener presente que nosotros no podemos retractarnos de cualquier divulgación hecha antes de que usted revocara dicha autorización.

D. **SUS DERECHOS RESPECTO A SU IMP**

1. **Derecho a requerir restricciones.**

Usted tiene el derecho a requerir que limitemos el uso y divulgación de su IMP respecto a tratamiento, pagos u operaciones internas de nuestro sistema de salud. También tiene derecho a solicitarnos que limitemos el uso y divulgación de su IMP a: (a) miembros familiares, amigos cercanos u otra persona identificada por usted; o (b) a entidades públicas o privadas encargadas de manejar situaciones de desastre. Por ejemplo, usted nos puede solicitar que no divulguemos su IMP a su hermano o hermana. Nosotros no estamos obligados a aceptar ninguna solicitud de restricción, a excepción de que usted nos solicite no divulgar su IMP con su aseguradora de salud o con un tercero responsable del pago, siempre y cuando usted haya cancelado en su totalidad el costo de los servicios prestados a usted. Nosotros le haremos saber con anterioridad si podemos o no cumplir con dicha solicitud, y en caso de que lo aceptemos, no

divulgaremos su IMP a menos que se trate de una situación de emergencia.

Usted debe solicitar estas restricciones por escrito a nuestro Especialista de Privacidad a la dirección que se encuentra en la última página de este documento, o a la persona o personas de Good Shepherd que estén proporcionándole cuidado y atención. En su solicitud usted debe indicar (1) que información desea restringir o limitar, (2) si desea limitar el uso o la divulgación de su IMP, o ambas, y (3) a quien se le debe limitar o restringir dicha información, por ejemplo, a su esposa.

Nosotros podremos dar por terminada su solicitud de restricción si: (a) usted desea cancelar esa solicitud por escrito; (b) si verbalmente usted está de acuerdo con la cancelación de la misma; o (c) nosotros podemos ponerle fin a la restricción siempre y cuando se lo notifiquemos previamente, y en caso de ser así, esto solo afectará a la información creada o recibida después de dicha notificación.

## 2. **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.**

Usted tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted por diferentes medios y a lugares determinados. Por ejemplo usted puede solicitarnos que solo lo contactemos por correo o a su lugar de trabajo. No es necesario que usted nos dé explicaciones del por que de su solicitud. Si usted desea solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, deberá efectuar esta solicitud por escrito a nuestro Especialista de Privacidad a la dirección indicada en la última página de este documento, o a las personas que le están ofreciendo cuidado y atención en Good Shepherd.

## 3. **Derecho a revisar y obtener una copia de su IMP.**

Con muy pocas excepciones, usted tiene el derecho a revisar su información y a solicitarnos una copia de su IMP. Dicha solicitud debe ser por escrito y debe ser dirigida a nuestro Director Corporativo de Gestión de la Información de Salud a la

siguiente dirección: 850 S. Fifth Street, Allentown, PA 18103. Esta solicitud debe especificar qué copia y qué información desea revisar. Nosotros contamos con treinta (30) días a partir del momento en que recibimos su solicitud, para proporcionarle dicha información. Usted deberá cancelar el valor de las copias, el correo y otros gastos asociados a su solicitud.

Podemos negarle el derecho a revisar su información y a pedir copia de la misma en circunstancias muy limitadas. En caso de que esto suceda, usted puede solicitar por escrito que nuestro Especialista de Privacidad revise dicha decisión. La dirección a la cual debe enviar esta solicitud, aparece al final de este documento. En algunas circunstancias no se le otorgará el derecho de solicitar la revisión de su solicitud negada. A su vez esta negación será revisada por un profesional de la salud designado por nosotros, quien no ha participado en la decisión inicial. Generalmente tenemos treinta (30) días para actuar, contados desde el momento en que recibimos su solicitud.

#### **4. Derecho a rectificar su Información Médica Protegida.**

Usted tiene derecho a solicitar la rectificación de su IMP siempre y cuando su información este en nuestro poder. Su solicitud debe ser por escrito y debe ser dirigida a nuestro Director Corporativo de Gestión de Información de Salud a la siguiente dirección: 850 S. Fifth Street, Allentown, PA 18103. Su solicitud debe especificar la razón o razones por las cuales usted desea hacer la rectificación. Nosotros contamos con 60 días a partir del momento en que recibimos su solicitud, para actuar de conformidad.

Su solicitud de rectificación de su IMP podrá ser negada si nosotros determinamos que la información: (1) no fue creada por nosotros; (2) no es parte de la información médica que nosotros conservamos; (3) no está disponible para que usted pueda revisarla o solicitar una copia; o (4) es completa y precisa.

En caso de que nosotros aceptemos su solicitud, le avisaremos de forma escrita, y efectuaremos las correcciones pertinentes a su IMP. Nosotros le solicitaremos que identifique y nos permita notificar a quienes deban conocer de esta rectificación, como es el caso de (a) personas que tengan información médica suya y (b) a nuestros asociados de negocio, pues sabemos que ellos poseen su información médica.

5. **Derecho a recibir una lista de a quienes se ha divulgado su IMP.**

Usted tiene el derecho de solicitarnos una lista de a quienes se ha divulgado su IMP durante los últimos seis (6) años. Esta lista no incluye las siguientes divulgaciones: (a) por tratamiento, pago o razones de operaciones de nuestro sistema de salud; (b) hechas con su autorización o consentimiento; (c) a su familia, amigos cercanos u otra persona identificada por usted; o (d) por seguridad nacional o de inteligencia. Adicionalmente, funcionarios oficiales pueden solicitarnos que nos abstengamos de mencionar algunas divulgaciones.

Tal solicitud debe ser por escrito y debe ser dirigida a nuestro Director Corporativo de Gestión de Información de Salud a la siguiente dirección: 850 S. Fifth Street, Allentown, PA 18103. En su solicitud usted debe especificar a quien se divulgo si IMP en un periodo de tiempo determinado no mayor de seis años (6). Su primera solicitud dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Por cualquier solicitud adicional cobraremos una cantidad de dinero que cubra los gastos de envío y procesamiento. Nosotros le avisaremos a usted ese costo antes de que hayamos incurrido en ningún gasto, y así usted decidirá si continua o cancela su solicitud.

Nosotros contamos con sesenta (60) días a partir del momento en que recibimos su solicitud para actuar de conformidad, aunque podemos extendernos por treinta (30) días más, siempre y cuando le avisemos a usted acerca de dicha extensión. Adicionalmente, podremos suspender el derecho suyo a recibir esta información si la ley así nos lo exige.

6. **Derecho a recibir aviso en caso de incumplimiento.**

Usted tiene el derecho de recibir notificación escrita cuando un incumplimiento (es definido de acuerdo a HIPAA) de su IMP haya ocurrido. Usted recibirá esa notificación en un periodo de no más de sesenta (60) días después de que se haya descubierto dicho incumplimiento.

7. **Derecho a obtener una copia en papel de este documento.**

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este documento en cualquier momento, así usted haya previamente aceptado recibir este aviso de forma electrónica.

E. **QUEJAS**

En caso de que usted considere que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros, usted puede presentar una queja formal por escrito dirigida a nuestro Especialista de Privacidad, cuya dirección se encuentra al final de este documento, y/o a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, específicamente a la Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos cuya dirección es la siguiente: 150 S. Independence Mall West, Suite 372, Public Ledger Building, Philadelphia, PA 19106-9111.

No Habrá retaliaciones de ningún tipo por el hecho de haber presentado una queja.

**COMO CONTACTARSE CON NOSOTROS PARA PREGUNTAS, COMENTARIOS O SOLICITUDES**

Si usted tiene alguna inquietud sobre este aviso, o desea una copia impresa del mismo, por favor comuníquese con nuestro Especialista de Privacidad o Director de Regulación y

Cumplimiento de Calidad a la siguiente dirección: 850 S. Fifth Street, Allentown, Pennsylvania 18103-3295; (610) 778-9266.

**Nota:** Este es un aviso conjunto que es aplicable a todas nuestras instalaciones. Cualquier provisión de este aviso hecha a usted por cualquiera de nuestras instituciones dará cumplimiento al Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”) y a sus implementaciones a cerca de la privacidad y requerimientos de proporcionarle a usted un aviso de nuestras prácticas de privacidad. Adicionalmente, nuestras instituciones pueden compartir entre si su IMP con el propósito de tratamiento, pago u operaciones de nuestro servicio de salud.

