



## NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

### Nuestra Obligación Legal

Affinity Health System esta comprometido a proteger la privacidad de la información de salud confidencial de nuestros pacientes. Por ley nosotros estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de la información de su salud
- Proveerle esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información personal de su salud

Si usted tiene alguna pregunta sobre alguna parte de esta notificación o si usted quiere más información sobre las prácticas de privacidad en el Affinity Health System, por favor contáctenos utilizando la información incluida al final de esta notificación.

### Fecha Efectiva de Esta Notificación

Esta notificación toma efecto el 14 de Abril del 2003, y se mantendrá en efecto hasta que la reemplacemos. Nos reservamos el derecho a cambiar en cualquier momento nuestras prácticas de privacidad y términos de esta notificación. Los términos de esta notificación aplican para todos registros designados de Affinity Health System que contienen la información protegida de su salud creados y mantenidos por nuestra organización. Cualquier cambio a la Notificación será efectivo para todos sus registros creados o mantenidos en el pasado así como cualquier registro que nosotros creamos o mantenemos en el futuro. Colocaremos una copia de la Notificación mas actual en un lugar visible dentro de nuestra institución y en nuestra pagina organizacional de Internet. Affinity Health System se regirá por los términos de la notificación en efecto actual. En cualquier momento usted puede solicitar una copia de nuestra Notificación mas actual. A usted se le pedirá dar conocimiento por escrito de que usted recibió la Notificación de la Prácticas de Privacidad.

### Quien Seguirá Nuestras Prácticas de Privacidad

Affinity Health System provee cuidados a nuestros pacientes, residentes y clientes en conjunto con nuestros doctores y otros profesionales y organizaciones. Nuestras prácticas de privacidad serán seguidas por:

- Cualquier profesional de cuidados de salud que lo cuide a usted en cualquiera de las localidades de Affinity
- Todas las localidades, departamentos y unidades que son parte de nuestra organización y proveídas de personal por nuestros empleados, a pesar de su localidad geográfica
- Todos los miembros de nuestro personal incluyendo empleados, miembros del personal medico, estudiantes, y voluntarios

## Propósitos Por los Cuales Utilizamos y Revelamos la Información de Su Salud

Nosotros estamos comprometidos a asegurar que la información de su salud sea utilizada por nuestra organización responsablemente. Nosotros podemos utilizar y revelar la información de su salud sin su autorización por escrito, con los siguientes propósitos:

1. Tratamiento: Nosotros podemos utilizar o revelar información de su salud con propósitos de tratamiento. Mientras usted sea un paciente en nuestra organización, podemos encontrar que sea necesario compartir la información de su salud con doctores, enfermeras, técnicos de laboratorio y radiología, y otros involucrados con su atención. Nosotros también podemos compartir la información de su salud con otras organizaciones de cuidados de salud que puedan participar en su cuidado y tratamiento como un hospital al cual usted puede ser transferido.
2. Pago: La información de su salud puede ser utilizada o revelada sin su consentimiento con el propósito de pago. Podría ser necesario para nosotros revelar información de su salud y así poder cobrar y recolectar de usted, su compañía de seguros u otra parte responsable del pago por el tratamiento y servicios suministrados.
3. Operaciones de Cuidados de Salud: La Información de su salud puede ser utilizada para nuestras operaciones organizacionales que son necesarias para asegurar que suministramos los cuidados de mayor calidad. Por ejemplo, la información de su salud puede ser utilizada con propósitos de mejoras de funcionamiento.
4. Información que se le suministra: Nosotros podemos utilizar la información de su salud para ayudarnos a comunicarnos con usted, recordatorios de sus citas, resultados de exámenes, e información de tratamiento. También podemos utilizar y revelar información de su salud para informarle de beneficios o servicios que le podrían interesar relacionados con la salud los cuales nosotros, o una entidad afiliada, suministramos. Nuestra comunicación con usted puede ser por teléfono o por correo.
5. Institución/ Directorio del Paciente: Nosotros podemos utilizar su nombre, su ubicación en nuestra institución, su condición médica general, y su afiliación religiosa en los directorios de nuestra institución. Suministraremos esta información a los miembros del clero y, excepto por afiliaciones religiosas, a otras personas que pregunten por su nombre. Si usted no quiere que nosotros coloquemos esta información en nuestro directorio y se lo suministremos al clero y otros, usted debe decirle a uno de nuestros miembros de personal que usted se opone a esta práctica.
6. Notificación y Comunicación con Familiares y Amigos: Nosotros podemos compartir información de su salud con miembros de familia o amigos que estén involucrados con su cuidado medico. Si usted esta indispuesto o no disponible para estar de acuerdo u oponerse, nuestros profesionales de salud utilizarán su mejor juicio para comunicarse con sus familiares y otros.
7. Requerido por La Ley: Nosotros podemos utilizar o revelar la información de su salud solo hasta donde lo permite la ley. Ejemplos de situaciones donde nosotros podemos revelar información de su salud según se requiera o se permita incluyen:
  - a. para actividades de salud pública, incluyendo reporte de enfermedad y estadística vital, y vigilancia de Administración de Comida y Drogas (FDA);
  - b. para reportar abuso de niños/o adultos, negligencia o violencia doméstica;
  - c. para vigilancia de actividades de cuidado de salud;
  - d. para medidas judiciales y administrativas;
  - e. para oficiales de cumplimiento de ley que ejecutan una citación y otros procesos legales, con respecto a víctimas de crímenes, muertes sospechosas, identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigos materiales, o persona perdida;

- f. para los jueces de instrucción por una causa de muerte violenta, examinadores médicos, y directores de funeral;
  - g. con propósitos de donación de órganos, ojos o tejidos;
  - h. para advertir una amenaza seria para la salud o seguridad del público en general;
  - i. para funciones especializadas del gobierno como actividades militares y veteranas, seguridad nacional, y actividades de inteligencia;
  - j. para instituciones correccionales y cumplimiento de ley con respecto a reclusos; y
  - k. con propósitos de compensación al trabajador.
8. Investigación: En ciertas situaciones, nosotros podemos utilizar y compartir la información de su salud con propósitos de investigación. Si embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de revisión y aprobación diseñado, entre otras cosas, para asegurar la privacidad de la información de su salud.
9. Recaudación de Fondos: Nosotros podemos utilizar su nombre, dirección, edad, género, situación de seguro, y fechas de servicio para contactarlo con respecto a nuestras actividades de recaudación de fondos. Nosotros podemos revelar esta información a un asociado de negocios o fundación para asistir con nuestra recaudación de fondos. Si usted no desea que Affinity Health System utilice su información con propósitos de recaudación de fondos, usted puede notificarlo utilizando la información incluida al final de esta notificación.
10. Ayuda por un Desastre: Nosotros podemos utilizar o revelar su nombre y ubicación a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos a asistir en esfuerzos para ayuda por un desastre.

#### **Otros Propósitos Por los Cuales Utilizamos y Revelamos La Información de Su Salud**

En cualquier otra situación no cubierta por esta notificación según se señaló anteriormente, nosotros le pediremos su autorización por escrito antes de utilizar o revelar información sobre usted. Si elige autorizar la revelación de información sobre usted, más adelante y en cualquier momento puede revocar esa autorización notificándonos de su decisión por escrito.

#### **Sus Derechos con Respecto la Información de Su Salud**

Como paciente de Affinity Health System usted tiene ciertos derechos con respecto a la información de salud que se mantiene en nuestra organización. Estos derechos son los siguientes:

1. Acceso: Con pocas excepciones usted tiene el derecho de acceder y recibir una copia de la información de su salud. La solicitud debe ser por escrito. Si usted solicita una copia, debe ser solicitada con anticipación y podemos cobrar una cantidad por el costo de la copia, franqueo y/u otros materiales relacionados. En ciertas situaciones, nosotros podemos rechazar su petición. Si nosotros rechazamos su petición, le diremos por escrito el porque su petición fue rechazada y le explicaremos su derecho a tener revisión del rechazo.
2. Informe de Revelación: Usted tiene el derecho de recibir una lista o informe de aquellas revelaciones, las cuales Affinity Health System ha hecho con respecto a la información de su salud con otros propósitos aparte de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, información suministrada directamente a usted, información incluida en los listados del directorio de la institución, e información revelada como resultado de funciones bajo mandato del gobierno. La solicitud debe ser por escrito. Su solicitud del informe debe manifestar un período de tiempo específico el cual no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas antes del 4 de Abril, 2003. El primer informe en un período de 12 meses es gratis; otras solicitudes pueden ser cobradas de acuerdo a nuestro costo por obtener la información.

3. **Rectificación:** Usted tiene el derecho de que la información de su salud sea rectificadada si usted siente que esta incorrecta o incompleta. La solicitud debe ser hecha por escrito. Affinity Health System revisará la solicitud y tomará una determinación de si se hará o no una rectificación. Si nosotros no creamos la información que usted siente esta incorrecta o incompleta, podríamos rechazar su solicitud. Affinity Health System le comunicará por escrito de la decisión final sobre su solicitud, así como le proveerá información para apelar un rechazo de su solicitud si eso ocurriera.
4. **Comunicación Confidencial:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre la información de su salud por medios alternativos o a localidades alternativas. La solicitud debe ser hecha por escrito, y su solicitud debe representar que la información lo puede pone en peligro si no es comunicada en confidencia como usted lo solicitó. Nosotros tenemos el derecho de decidir si su solicitud es razonable. No tenemos que obedecer una solicitud irrazonable.
5. **Restricción:** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertas revelaciones de la información de su salud. La solicitud debe ser hecha por escrito. Consideraremos su solicitud y determinaremos nuestra habilidad de seguir su solicitud, mientras no comprometa sus cuidados.
6. **Notificación:** Usted tiene el derecho de recibir una copia de esta Notificación de Prácticas de Privacidad en papel. Nos puede pedir una copia de esta Notificación en cualquier momento o puede imprimir una copia de nuestra página de Internet al [www.affinityhealth.org](http://www.affinityhealth.org).

### **Preguntas y Reclamos**

Si usted quiere más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o si le gustaría ejercer uno o más de sus derechos con respecto a la información de su salud, por favor contáctenos utilizando la información incluida al final de esta notificación.

Si a usted esta preocupado de que sus derechos de privacidad puedan haber sido violados, o no está de acuerdo con la decisión que nosotros tomamos sobre sus derechos hacia la información de su salud, usted puede reclamarnos utilizando la información incluida al final de esta notificación. Este reclamo debe ser hecho por escrito. Usted también puede mandar un reclamo por escrito al Secretario del U.S Department of Health and Human Services Office of Civil Rights. Cuando usted lo solicite, nosotros le daremos la dirección del U.S Department of Health and Human Services para que presente su reclamo. Nosotros apoyamos su derecho de privacidad de información de su salud. De ninguna manera tomaremos represalias si usted decide presentar un reclamo a nosotros o al U.S Department of Health and Human Services.

Usted puede contactarnos utilizando la información incluida en la lista siguiente:

Affinity Health System  
Privacy Officer  
1506 S. Oneida Street  
Appleton, WI 54915  
Teléfono: (920) 720-1050 o 877-275-6168  
Correo Electrónico: [privacy@affinityhealth.org](mailto:privacy@affinityhealth.org)



**ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Firmando este formulario, usted reconoce que Affinity Health System le ha dado una copia de su Notificación de Prácticas de Privacidad explicando:

- Nuestras prácticas de privacidad para utilizar y revelar información de su salud
- Sus derechos de privacidad con respecto a la información de su salud

Nosotros debemos tratar de que usted firme este formulario el primer día de servicios con nosotros después del 14 de Abril, 2003. Esto incluye la situación donde su primer día de servicios ocurrió electrónicamente. Si su primer día de servicios con nosotros se debió a una emergencia, debemos tratar de darle este formulario y obtener su firma reconociendo que recibió esta notificación tan pronto como sea posible después de la emergencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Staff member should complete if Acknowledgement Form was not signed by patient/legal representative  
(Un miembro del personal debe de completar si el Formulario de Acuse de recibo no fue firmado por el paciente/representante legal.)

1. Does the patient have a copy of the Privacy Notice?  
(¿El paciente tiene una copia de la Notificación de Privacidad)
  - Yes (sí)
  - No – Why: (No-Porqué) \_\_\_\_\_
  
2. Please explain why the patient was unable to sign an acknowledgement form or why was not possible to obtain the patient’s signature: ( Por favor explique porque el paciente no pudo firmar el formulario de acuse de recibo o porque no fue posible obtener su firma)
  - Patient/Legal Representative Left Before Signature Obtained ( Paciente/ Representante legal se fue antes de obtener la firma)
  - Emergency/Urgent Admission With Patient Nor Present for Registration ( Admisión de Emergencia/Urgencia sin el Paciente Presente para el Registro)
  - Patient By-passed Registration – Not Available ( El Paciente Sobrepasó la Recepción- No Disponible)
  - Patient Unable to Comprehend ( Paciente no Pudo Comprender)
  - Patient Communication Barrier Existed ( Existió Barrera de Comunicación con el Paciente)
  - Legal Representative (guardian) of Patient Not Available ( Representante Legal o Paciente no Disponible)
  - Other: Otro) \_\_\_\_\_
  
3. Completed By: \_\_\_\_\_

Patient Acknowledgement Updated in System:	<input type="checkbox"/> Yes
Route Completed Form To:	