

# NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

## East Central District Health Department-ECDHD

## Good Neighbor Community Health Center-GNCHC

**ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO PUEDE SER USADA Y  
DIVULGADA SU INFORMACION MEDICA Y  
COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.  
LEALO CUIDADOSAMENTE POR FAVOR.**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica y proporcionarle una notificación de nuestras obligaciones legales y de privacidad; así como sus derechos en relación a su información médica. Su información médica incluye su información de salud, seguro médico, datos demográficos (nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnicidad, país de origen, etc.) y de pagos médicos. Por ejemplo, esto incluye información sobre su diagnóstico, medicamentos, cobertura del seguro de salud, su número de póliza, historial de cobros del seguro de salud, su dirección y su número de seguro social.

---

### QUIEN DEBE CUMPLIR CON ESTA NOTIFICACION

---

Esta notificación de privacidad es la que cumple el East Central District Health Department-Good Neighbor Community Health Center.

---

### USOS Y DIVULGACION DE INFORMACION SIN SU AUTORIZACION

---

Los siguientes son los diferentes usos y divulgaciones de su información médica que nosotros podemos hacer sin su permiso. Si la ley estatal o federal restringe uno de los usos o divulgaciones descritos, seguimos los requisitos de dicha ley estatal o federal. Estos son sólo descripciones generales y no cubren todos los ejemplos de divulgación dentro de una categoría.

**Tratamiento.** Nosotros utilizaremos y divulgaremos su información médica para fines de tratamiento. Por ejemplo, compartiremos su información médica con sus médicos, nuestros enfermeros, y otros empleados que estén involucrados en su cuidado en ECDHD-GNCHC. También revelaremos información de salud a su médico y otros profesionales de la salud, así como a instituciones de salud para que usen la información en su tratamiento en el futuro. Por ejemplo, si usted es transferido a un hospital, vamos a enviar su información médica al hospital.

**Pago.** Vamos a utilizar y divulgar su información médica para fines de pago. Por ejemplo, vamos a utilizar su información médica para preparar su factura y le enviaremos información médica a su compañía de seguros con su factura. También podemos revelar información médica sobre usted a otros proveedores de atención médica, planes médicos y centros de intercambio para sus propósitos de pago. Por ejemplo, si necesita transporte en ambulancia, la información recogida se le dará al proveedor de ambulancia con el propósito de facturación. Si la ley del estado lo requiere, obtendremos su permiso antes de divulgar su información de salud a otros proveedores o compañías de seguros de salud para fines de pago.

**Actividades operacionales.** Podemos usar o divulgar su información médica para nuestras actividades operacionales. Por ejemplo, los médicos pueden revisar su información médica con fines de mejoramiento continuo. En algunos casos, compartiremos su información médica con otras entidades calificadas, para ser usada en las actividades operacionales de dichas entidades. La compañía de ambulancias, por ejemplo,

también puede necesitar información sobre su condición médica para saber si han hecho un trabajo efectivo con usted. Si la ley del estado lo requiere, obtendremos su permiso antes de divulgar la información médica a otros proveedores de salud o a compañías de seguro médico para las actividades operacionales de ellos.

**Socios comerciales.** Daremos a conocer su información médica a nuestros socios comerciales y les permitiremos crear, usar y divulgar información médica cuando realicen servicios para nosotros. Por ejemplo, podemos revelar información médica a una compañía externa de facturación que se encarga de nuestros cobros a las compañías de seguros.

**Recordatorios de citas.** Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o servicios médicos.

**Alternativas de tratamiento.** Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Recaudación de fondos.** Podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos. También podemos utilizar o divulgar a un socio de negocios, cierta información médica sobre usted, como su nombre, dirección, número de teléfono, fechas en que recibió tratamiento o servicios, el tratamiento médico, información sobre los resultados y el departamento de servicio (por ejemplo, cardiología o ortopedia), de modo que nosotros o ellos pueden comunicarse con usted para recaudar dinero para la organización. En todo momento que usted sea contactado, ya sea por escrito, por teléfono o por otros medios para nuestros fines de recaudación de fondos, usted tendrá la oportunidad de escoger no participar y no recibir más comunicaciones de recaudación de fondos relacionados con la campaña para la que está siendo contactado, a menos que ya hubiéramos enviado una comunicación antes de recibir su aviso eligiendo no participar.

**Familiares, amigos u otros.** Podemos revelar su ubicación o condición general a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona identificada por usted. Si cualquiera de estos individuos están involucrados en su cuidado o el pago de servicios de salud, también podemos revelarles dicha información médica, porque está relacionada a su participación. Sólo se les dará a conocer esta información si usted está de acuerdo, si usted ha tenido la oportunidad de oponerse y no lo hizo, o si a nuestro juicio profesional, sería lo mejor para usted permitir que dicha persona reciba la información o actúe en su nombre. Por ejemplo, podemos permitir que un miembro de la familia recoja sus prescripciones, suministros médicos o radiografías. También podemos divulgar su información médica a una entidad encargada de asistencia en casos de desastre, para que su familia o la persona responsable de su cuidado puedan ser notificadas de su ubicación y condición.

**Requerido por la ley.** Vamos a utilizar y divulgar su información según se requiera por las leyes federales, estatales o locales.

**Actividades de salud pública.** Podemos revelar su información médica a actividades de salud pública. La divulgación de la información puede ser dada:

- A una autoridad de salud pública autorizada por la ley a pedir o recibir dicha información con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- A las autoridades adecuadas, autorizadas a recibir reportes de abuso y abandono infantil;
- A las entidades reguladas por la FDA (Organismo que regula las medicinas y alimentos) para propósitos de monitoreo o presentación de informes de calidad, seguridad o eficacia de los productos regulados por la FDA;
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y
- Con permiso del padre o tutor, para enviar el comprobante de vacunación requerida para una escuela.

**Abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. A menos que dicha divulgación sea requerida por la ley (por ejemplo, para informar de un tipo particular de lesión), sólo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo.

**Supervisión sanitaria.** Podemos revelar información médica sobre actividades autorizadas por la ley a una agencia de supervisión sanitaria. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Procedimientos judiciales y administrativos.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación u otro proceso legal iniciado por una persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle de la petición o para obtener una orden de la corte para proteger la información solicitada.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos dar a conocer cierta información médica si nos lo pide un personal de las fuerzas de seguridad:

- Como es requerido por la ley, incluyendo reportar ciertas heridas y lesiones físicas;
- En respuesta a una orden judicial, citación o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Si usted ha sido víctima de un crimen y está de acuerdo o, bajo ciertas limitadas circunstancias, aún sin su consentimiento;
- Para alertar a las autoridades de una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Cuando creemos que la información es evidencia de conducta criminal que está ocurriendo en nuestras instalaciones; y
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

**Personas fallecidas.** Estamos obligados a aplicar medidas de seguridad para proteger su información médica durante 50 años después de su muerte. A raíz de su muerte podemos revelar información médica a un médico forense o director de la funeraria y a un representante personal (por ejemplo, el ejecutor de la sucesión) en la medida que sea necesario para que lleven a cabo sus funciones. También podemos revelar su información médica a un miembro de la familia u otra persona que actuó como su representante personal o estuvo involucrado en su cuidado o en el pago de sus cuidados médicos en vida, si esta información es relevante a la participación de dicha persona, a menos que usted expresamente haya pedido lo contrario.

**Donación de órganos, ojos o tejidos:** Podemos revelar información médica a las organizaciones de: procuración de órganos, trasplante, bancos de órganos u otras entidades, que sea necesaria para facilitar la donación y trasplante de órganos, ojos y tejidos.

**Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o divulgar su información médica para propósitos de investigación, sujeto a ciertas garantías. Por ejemplo, podemos revelar información a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por un comité especial que haya revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información médica. Podemos revelar información médica sobre usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación, pero la información se quedará en el sitio.

**Amenazas a la salud o a la seguridad.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o divulgar su información médica para prevenir una seria amenaza para la salud y la seguridad en caso de que, de buena

fe, creamos que el uso o revelación de la información es necesaria para prevenir o disminuir la amenaza y esta divulgación es hecha a una persona razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza (incluyendo a la víctima), o la información es necesaria para que el personal de las fuerzas de seguridad puedan identificar o arrestar a un individuo implicado en un crimen.

**Funciones gubernamentales especializadas.** Podemos utilizar y divulgar su información médica para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley o por los servicios de protección del presidente. Si usted es un miembro del ejército, podemos revelar dicha información a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Si usted es un preso de una institución correccional o está bajo la custodia de un miembro de las fuerzas de seguridad, podemos divulgar la información médica necesaria para su salud y la salud y seguridad de otros individuos, a dicha institución o a los miembros de las fuerzas de seguridad que lo custodian.

**Ley de compensación de trabajadores:** Podemos revelar su información médica según lo autorizado por la ley de compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Usos y divulgaciones incidentales.** Hay ciertos usos incidentales o divulgación de la información que se producen mientras estamos dándole servicio a usted o haciendo nuestras labores. Por ejemplo, después de una cirugía la enfermera o el médico pueden necesitar usar su nombre para identificar a los miembros de la familia que puedan estar esperando por usted en la sala de espera. Otras personas que esperan en la misma área pueden oír su nombre. Haremos todos los esfuerzos razonables para limitar estos usos y divulgaciones incidentales.

**Intercambio de información de salud.** Participamos en uno o más intercambios electrónicos de información de salud que nos permite intercambiar información médica con otros proveedores de salud participantes (por ejemplo, médicos y hospitales), planes médicos y sus socios de negocios. Por ejemplo, podemos permitir a un plan médico de su seguro el acceso electrónico a nuestros registros acerca de usted para verificar una reclamación de pago por los servicios que le proporcionamos. O bien, podemos permitir al médico que le brinda atención médica acceder electrónicamente nuestros registros con el fin de tener la información actualizada para su tratamiento. Como se ha descrito anteriormente en esta notificación, la participación en un intercambio de información sanitaria también nos permite acceder de forma electrónica a la información médica de otros proveedores participantes y planes médicos para nuestros propósitos de tratamiento, pago y atención médica. Nosotros en el futuro podemos permitir que otras partes, por ejemplo, departamentos de salud pública que participan en el intercambio de información de salud, tengan acceso a su información médica electrónicamente para los fines permitidos que se describe en este aviso.

---

## USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACION

---

Hay muchos usos y divulgaciones que haremos sólo con su autorización por escrito. Estas incluyen:

- **Usos y divulgaciones no descritas anteriormente** - Obtendremos su autorización para cualquier uso o divulgación de su información médica que no esté descrito en los ejemplos anteriores.
- **Notas de Psicoterapia** - Estas son las notas hechas por un profesional de salud mental documentando conversaciones durante las sesiones privadas de consejería o en terapia conjunta o de grupo. Muchas notas de psicoterapia requieren autorización para ser usadas o divulgadas.
- **Mercadeo** - No vamos a usar o divulgar su información médica para fines de mercadeo sin su autorización. Por otra parte, si vamos a recibir alguna remuneración financiera de un tercero en relación con la comercialización de la información, se lo diremos en el formulario de autorización.
- **Venta de información médica** - No venderemos su información médica a terceros sin su

autorización. Cualquier autorización para estos fines indicará que vamos a recibir una remuneración en la transacción.

Si usted da su autorización, puede revocarla en cualquier momento mediante una notificación en conformidad con nuestra política de autorización y las instrucciones de nuestro formulario de autorización. Su revocación no será efectiva para los usos y las divulgaciones hechas en relación con su autorización previa.

---

## DERECHOS INDIVIDUALES

---

**Solicitud de restricción.** Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o atención médica o a personas involucradas en su cuidado. No estamos obligados a acceder a su petición, con una excepción que explicamos en el párrafo siguiente. Si nosotros no podemos acceder a su solicitud se lo haremos saber.

Estamos obligados a aceptar su solicitud de no divulgar cierta información médica a su plan médico para fines de pago o actividades operacionales, si usted paga de su bolsillo antes de su solicitud, la totalidad de todos los gastos relacionados con ese servicio y la divulgación no es requerida por la ley. Dicha restricción sólo se aplicará a los expedientes que se relacionan exclusivamente con el servicio que ha sido pagado en su totalidad. Si después de haber recibido una autorización de su parte con fecha posterior a la fecha de su solicitud de restricción que nos autoriza a revelar todos sus registros a su plan de salud, vamos a suponer que usted ha retirado su solicitud de restricción.

Varias entidades enumeradas al principio de esta notificación cumplen con ella. Usted debe hacer una solicitud por separado para cada una de las entidades cubiertas de quienes usted va a recibir servicios incluidos en su solicitud de restricción. Póngase en contacto con la clínica en la dirección abajo indicada si tiene preguntas sobre cuales proveedores estarán involucrados en su cuidado.

**El acceso a la información médica.** Usted puede inspeccionar y copiar la mayor parte de la información médica que mantenemos sobre usted, con algunas excepciones. Si la información médica la mantenemos electrónicamente en uno o más registros y usted nos solicita una copia electrónica, le daremos la información en la forma y formato que usted solicita, si es fácil reproducirla. Si no podemos reproducir su información médica rápida y fácilmente en la forma y formato que usted solicita, la reproduciremos en otro formato electrónico legible en que ambos estemos de acuerdo. Podríamos cobrar una tarifa basada en los costos para reproducir copias de la información médica o, un resumen de la información si usted lo solicita. Si usted así nos lo indica podemos transmitir su información médica a otra persona, siempre y cuando usted firme la petición indicando claramente por escrito el destinatario y el lugar de entrega.

**Enmienda.** Usted puede solicitar que se cambie cierta información médica que tenemos en su archivo. No estamos obligados a hacer todas las modificaciones solicitadas, pero cada solicitud será considerada cuidadosamente. Si negamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito de las razones para negarla y de sus derechos.

**Contabilidad.** Usted tiene el derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información médica hechas por nosotros o nuestros socios de negocios durante los seis años anteriores a su solicitud. Su derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información no incluye divulgaciones de tratamiento, pago, actividades operacionales y ciertos tipos de divulgaciones como por ejemplo, cuando su información es parte de un directorio de la institución o divulgaciones hechas de acuerdo a su autorización.

**Comunicaciones confidenciales.** Usted puede solicitar que nos comunicamos con usted acerca de su información médica de cierta manera o en cierto lugar. Nosotros estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud si esta es razonable e indica los medios alternos de comunicación u ubicación.

**Notificación en caso de incumplimiento.** Estamos obligados por ley a informarle de un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información médica. Le haremos la notificación sin mayor demora, pero a mas tardar no más de 60 días después de haber descubierto la infracción.

**Cómo ejercer estos derechos.** Todas las solicitudes para ejercer estos derechos deben ser por escrito. Nosotros responderemos a su solicitud de manera oportuna de acuerdo con nuestras políticas escritas y como lo exige la ley. Para mayor información o para obtener formularios de solicitudes, contacte al **Oficial de privacidad / Director de operaciones del GNCHC, 402-562-8968 en 4321 Avenida 41, PO Box 1028, Columbus NE 68602.**

---

## ACERCA DE ESTA NOTIFICACION

---

Estamos obligados a seguir los términos de la notificación que está actualmente en efecto. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y los términos de esta notificación y de hacer las nuevas prácticas y los nuevos términos efectivos para toda la información médica que mantenemos. Antes de hacer efectivos dichos cambios, vamos a dar a conocer la nueva notificación revisada, publicándola y por medio de copias disponibles. La notificación revisada también será publicada en nuestra página web [www.ecdhd.ne.gov](http://www.ecdhd.ne.gov). Usted tiene derecho a recibir esta notificación en forma escrita, para ello, por favor, póngase en contacto con la persona que aparece en la dirección de más abajo.

---

## QUEJAS

---

Si usted tiene dudas acerca de cualquiera de nuestras prácticas de privacidad o cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja usando la información de contacto al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU (DHHS). No habrá represalias por presentar una queja.

---

## INFORMACION DE CONTACTO

---

Kristie Stricklin, Director de operaciones del GNCHC  
Oficial de privacidad  
4321 41<sup>st</sup> Avenue,  
PO Box 1028  
Columbus, NE 68602  
402-562-8968

**Este aviso entra en vigencia a partir de:** May, 26, 2016.  
Sustituye la política archivada: H5. Aviso de prácticas de privacidad de la información