

CENTERLIGHT HEALTH SYSTEM¹
LEY DE RESPONSABILIDAD¹ Y PORTABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS DE 1996
(HIPAA) AVISO DE PRIVACIDAD CONJUNTO PARA SUS ENTIDADES AFILIADAS

ESTE AVISO CONJUNTO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE ESTA INFORMACIÓN EN DETALLE.

INTRODUCCIÓN

Le brindamos este Aviso Conjunto en nombre de **las entidades afiliadas de CenterLight Health System** y rige para toda la información y registros relacionados con la atención recibida o creada por CenterLight Health System y sus empleados, voluntarios, personal médico y consultores (colectivamente referidos aquí como "Nosotros" o "Nuestro"). Entendemos que su información médica es privada y confidencial. Además, la ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud protegida.

La ley nos exige que le brindemos este aviso sobre sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, con respecto a su información de salud protegida, y que cumplamos con los términos de este aviso que están en actualmente vigentes.

USOS Y DIVULGACIONES PARA EL TRATAMIENTO,
EL PAGO Y LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

El término "información de salud protegida" refiere a la información de salud de identificación individual que transmitimos o que mantenemos de cualquier forma, incluidos archivos electrónicos o en papel. No incluye información en ciertos registros educativos y de empleo.

Usaremos o revelaremos su información de salud protegida para fines de tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con la atención médica.

1. Para tratamiento: usaremos o revelaremos su información de salud protegida para la provisión, la coordinación o la administración de su tratamiento y atención. Es posible que revelemos su información de salud protegida a CenterLight Health System y al personal del sistema de salud que no pertenece a CenterLight Health System que pueda estar involucrado en su atención, como médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, terapeutas y consultores. Por ejemplo, un enfermero que se ocupe de su cuidado le informará a su médico cualquier cambio en su afección. También podemos revelar información de salud protegida a las personas que participarán en su atención después de que le den el alta de un centro de CenterLight Health System.
2. Para el pago: Divulgaremos información de salud protegida para que podamos facturar y recibir el pago por el tratamiento y los servicios que le brindemos. Por ejemplo, es posible que debamos proporcionar información a su plan de salud sobre su afección antes de prestar los servicios para determinar si los servicios estarán cubiertos y después de prestar los servicios, si fuera necesario, para obtener el pago.
3. Para operaciones relacionadas con la atención médica: Las entidades cubiertas de CenterLight Health System usarán y revelarán información de salud protegida para sus operaciones, incluidas actividades como el control de calidad, la administración de casos, la administración de casos y las actividades administrativas. Por ejemplo, podemos usar su información de salud protegida para evaluar los servicios de CenterLight Health System, incluido el desempeño de nuestro personal.

¹ CenterLight Health System se refiere a todas las entidades bajo propiedad común de CenterLight Health System. En la última página de este Aviso, se proporciona una lista de esas entidades, a partir del 1.º de julio de 2022. Encontrará una lista actualizada en nuestro sitio web www.CenterLightHealthcare.org.

Identificación del participante: _____

USOS Y DIVULGACIONES PARA OTROS FINES ESPECÍFICOS

Además de utilizar y divulgar su información para el tratamiento, el pago y operaciones relacionadas con la atención de la salud, podemos utilizar su información de salud protegida de las siguientes maneras:

1. Recordatorios de citas. Podemos comunicarnos con usted para recordarle las citas relacionadas con el tratamiento o la atención médica.
2. Alternativas de tratamiento y beneficios relacionados con la salud. Podemos comunicarnos con usted para informarle o recomendar posibles alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
3. Personas que participan en su atención o en el pago por su atención. Es posible que divulguemos información sobre usted a su familia, amigos o cualquier otra persona identificada por usted que participe en su atención, como su ubicación, su afección general o su muerte. También podemos divulgar su información de salud protegida según sea necesario para permitir que estas personas recojan sus recetas, suministros y otros artículos recetados, si, a nuestro juicio profesional, le resultará conveniente a usted. Si es posible, usted tendrá la posibilidad de oponerse a estas divulgaciones.
4. Directorio de centros médicos. A menos que se oponga, incluiremos información sobre usted en un directorio de centros médicos si es paciente o residente de una instalación de CenterLight Health System. Esta información puede incluir su nombre, ubicación, afección general, y su afiliación religiosa. Podemos incluir su información en el directorio y divulgarla a quienes pregunten por usted utilizando su nombre, con la excepción de su afiliación religiosa. Podemos divulgar la información que figura en el directorio, incluida su información religiosa, a un miembro del clero.
5. Asistencia en operaciones de respuesta ante desastres. Es posible que divulguemos su información de salud protegida a una organización que brinde asistencia en las operaciones de respuesta a desastres.
6. Recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted como parte de nuestras iniciativas para recaudar fondos. Usted tiene derecho a no recibir ninguna comunicación para recaudar fondos.
7. Comercialización. No podemos utilizar ni divulgar su información de salud protegida para comercialización, a menos que tengamos su autorización por escrito para hacerlo.
8. Investigación. Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida para investigación, sujeto a los requisitos de la ley aplicable. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial que equilibra las necesidades de investigación con la necesidad de privacidad del paciente.
9. Información genética. No usaremos ni revelaremos información de salud protegida que contenga información genética para fines de suscripción. La información genética incluye pruebas genéticas de usted o de sus familiares y manifestaciones de enfermedades o trastornos en sus familiares. Los fines de suscripción no incluyen determinaciones de adecuación médica de un beneficio bajo un Plan de CenterLight Health.
10. Información sobre salud mental. No usaremos ni revelaremos ninguna nota de psicoterapia u otra información de salud protegida relacionada con sus registros de salud mental sin su autorización expresa por escrito.
11. Militares y veteranos. Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información de salud protegida según lo requerido por las autoridades militares. También podemos divulgar información de salud protegida sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.
12. Indemnización de trabajo. Podemos divulgar información de salud protegida sobre usted para programas que brindan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
13. Actividades de salud pública. Es posible que divulguemos información de salud protegida sobre usted para

Identificación del participante: _____

actividades de salud pública, como las siguientes: para prevenir o para controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; para informar nacimientos y muertes; para informar sobre el maltrato o la negligencia de menores; para informar a las personas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) acciones relacionadas con la calidad, la seguridad o la eficacia de los productos o servicios regulados por la FDA, así como reacciones a medicamentos o problemas con los productos; para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que esté en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección; y para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de maltrato, negligencia o violencia familiar, si así lo requiere o autorizó la ley.

14. Control de los servicios médicos. Es posible que divulguemos información de salud protegida a las agencias federales o estatales que supervisan nuestras actividades. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención de la salud, los programas de beneficios del gobierno y el cumplimiento de las leyes, los reglamentos y los estándares de los programas.
15. Procedimientos judiciales y administrativos. Es posible que divulguemos información de salud protegida sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información de salud protegida sobre usted en respuesta a una citación, una solicitud de exhibición de documentos u otro proceso legal. Intentaremos informarle al respecto u obtener una orden para proteger la información.
16. Aplicación de la ley. Podemos divulgar información de salud protegida si un funcionario de la ley lo solicita en los siguientes casos: según sea necesario para cumplir con una orden judicial, citación, orden judicial, demanda o proceso legal similar; para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; en circunstancias limitadas, sobre la víctima de un delito; si sospechamos que una muerte puede ser el resultado de conducta criminal; sobre conducta criminal en nuestras instalaciones o programas; y para reportar un crimen en situaciones de emergencia.
17. Forense, médico forense, director de funeraria y organización encargada de la obtención de órganos. Podemos divulgar información de salud protegida a un forense, médico forense, director de funerario, o, si usted es un donante de órganos, a una organización involucrada en la donación de órganos y tejidos.
18. Actividades de inteligencia y seguridad nacional; servicios de protección para el presidente y otros. Podemos divulgar información de salud protegida sobre usted a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional, o para proporcionar protección al presidente, otras personas determinadas o jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo ciertas investigaciones especiales.
19. Amenazas graves para la salud o la seguridad. De conformidad con la ley y los estándares de conducta ética correspondientes, podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida si creemos, de buena fe, que es necesario prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o la seguridad de otra persona o del público. Divulgaremos su información únicamente a una persona que pueda prevenir la amenaza, o a las autoridades policiales para identificar o detener a una persona.

Nota: Cierta información de salud protegida, como información relacionada con el VIH, información genética, registros sobre alcohol o consumo de sustancias y registros de salud mental pueden estar sujetas a protecciones adicionales de conformidad con las leyes estatales y federales. CenterLight Health System cumplirá con todas estas protecciones correspondientes.

Identificación del participante: _____

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN
PARA OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Utilizaremos o revelaremos su información de salud protegida, aparte de lo descrito en este aviso o según lo requerido por ley, solo con su autorización por escrito. Usted puede revocar esa autorización en cualquier momento, siempre que la revocación se realice por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas en relación con su autorización, o que esta haya sido una condición para obtener cobertura de seguro y que la aseguradora tenga derecho legal a impugnar una reclamación.

Tenemos prohibido divulgar su información de salud protegida a cambio de dinero o de otra remuneración, a menos que tengamos su autorización por escrito para hacerlo.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida:

1. Derecho a solicitar restricciones. Puede solicitar restricciones en nuestros usos y divulgaciones de información de salud protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con la atención de la salud. Sin embargo, no se nos exige que aceptemos su solicitud (excepto según se indica a continuación). Debe presentar la solicitud por escrito.

Debemos cumplir con su solicitud de no divulgar su información de salud protegida si (1) el motivo por el cual divulgaríamos la información de salud protegida es para obtener un pago o para fines operativos (y no para un tratamiento), y (2) la información de salud protegida se refiere únicamente a los servicios de atención de la salud que usted pagó de su bolsillo, en su totalidad.

2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitar recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida por medios o ubicaciones alternativos. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo a un determinado número de teléfono. Intentaremos satisfacer sus solicitudes razonables. Debe hacer la solicitud por escrito.
3. Derecho de acceso a la información. Tiene derecho a solicitar la inspección y copia de sus registros médicos y de facturación, así como de cualquier otra información escrita que utilicemos para tomar decisiones sobre su atención médica. Podemos rechazar su solicitud de inspección o de recibir copias de sus registros en determinadas circunstancias limitadas. Si denegamos su solicitud, en algunos casos es posible que tenga derecho a solicitar una revisión de la denegación. Debe enviar la solicitud por escrito.

Si solicita una copia de su información de salud protegida, es posible que le cobremos una tarifa razonable por los costos de fotocopiar y enviar sus registros por correo postal. Si conservamos un registro médico electrónico en su nombre, su derecho incluye, a su elección, el acceso a la información en formato electrónico que se le proporcionó directamente a usted, o a una persona a la que usted designe de manera clara, visible y específica. Para obtener información proporcionada en formato electrónico, CenterLight Health System cobrará una tarifa que no será mayor que el costo del trabajo de responder a su solicitud.

4. Derecho a solicitar una enmienda. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a su información de salud protegida que esté bajo custodia del CenterLight Health System mientras dicha información se encuentre en nuestro poder. La solicitud debe realizarse por escrito. Podemos denegar su solicitud de enmienda si se cumple alguna de las siguientes condiciones: no hemos creado la información de salud protegida; el origen de la información ya no está disponible para actuar en función de su solicitud; la información no forma parte de sus registros médicos o de facturación, ni es utilizada por CenterLight Health System para tomar decisiones sobre usted; la información no está bajo custodia de CenterLight Health System; o la información no es precisa y completa, según lo determinado por CenterLight Health System.

Identificación del participante: _____

5. Derecho a obtener un registro de las divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un registro de las divulgaciones de información de salud protegida. Este registro es una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su información de salud protegida a otras personas o entidades. El registro no incluirá las divulgaciones realizadas para llevar a cabo un tratamiento, un pago y una operación relacionada con la atención de la salud, ni divulgaciones para otros fines excepto determinados.

Para solicitar un registro de las divulgaciones de su información de salud protegida, debe enviar su solicitud por escrito. Su solicitud debe indicar un período de tiempo específico (por ejemplo, los últimos tres meses), a partir del 14 de abril de 2003, y dentro de los seis (6) años de su solicitud. El primer registro que solicite dentro de un plazo de doce (12) meses será gratuito. Si solicita más registros, podríamos cobrarle un costo adicional.

6. Derecho a obtener una copia de este aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia de este aviso, incluso si ha aceptado recibir este aviso de manera electrónica. Puede solicitar una copia de su coordinador de atención, o visitar nuestros sitios web en www.CenterLight.org o www.CenterLightHealthcare.org en la pestaña "About Us" (Acerca de nosotros).
7. Derecho a recibir una notificación de incumplimiento. Un incumplimiento es la adquisición, el acceso, el uso o la divulgación no autorizados de información de salud protegida no segura que pone en peligro la seguridad o la privacidad de la información de salud protegida, según lo estipulado por la ley federal. La información de salud protegida "no está segura" si una persona no autorizada puede usarla, leerla o descifrarla.

La regla de "notificación de incumplimiento" tiene tres excepciones en las que:

- de buena fe, un miembro de nuestra fuerza de trabajo adquiere, accede, usa o revela la información bajo la autoridad de CenterLight Health System o su asociado comercial;
- una persona autorizada en CenterLight Health System o su asociado comercial revela accidentalmente la información a otra persona con una ubicación similar en el mismo centro; o
- la persona no autorizada a quien se reveló la información no podría retenerla razonablemente.

Las excepciones no se aplican si la información recibida como resultado de una divulgación se adquiere, se accede, se utiliza o se divulga sin autorización de ninguna persona. Le notificaremos si creemos que se accedió, adquirió o divulgó su información médica protegida como resultado de un incumplimiento. Tiene derecho a recibir una notificación sin demoras y, en ningún caso, más tarde de 60 días calendario después de que se haya descubierto el incumplimiento. El aviso incluirá una breve descripción de:

- qué ocurrió;
- los tipos de información que se vieron involucrados (como nombre, número del Seguro Social, fecha de nacimiento, dirección de domicilio, número de cuenta, diagnóstico, código de discapacidad u otra información);
- medidas que debe tomar para protegerse de posibles daños;
- las medidas tomadas para investigar el incumplimiento, mitigar los daños y protegernos de cualquier otro incumplimiento; e
- información de contacto para que pueda hacer preguntas u obtener información adicional.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Este aviso está vigente desde el 14 de abril de 2003. Revisaremos este aviso siempre que haya un cambio sustancial en los usos o las divulgaciones, sus derechos individuales, nuestros derechos legales u otras prácticas de privacidad estipuladas en este aviso. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso ocasionalmente y de aplicar el aviso revisado a toda la información de salud protegida que hemos recibido y mantenido en CenterLight Health System, así como a la información que recibamos en el futuro.

Identificación del participante: _____

RECLAMOS

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo llamando al 1-833-252-2737 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, o a través de nuestra línea directa anónima al 1-855-231-0616. También puede presentar un reclamo ante el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

PERSONA DE CONTACTO

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre este aviso, llámenos al 1-833-252-2737 (TTY 711).

ENTIDADES AFILIADAS A CENTERLIGHT HEALTH SYSTEM

CenterLight Health System incluye las siguientes corporaciones afiliadas sin fines de lucro, todas ellas sujetas a este aviso: Best Choice Home Health Care, Inc., CenterLight Healthcare*, CenterLight Healthcare Diagnostic & Treatment Center, y CL Healthcare.

*CenterLight Healthcare puede distribuir por separado un aviso de privacidad con sus documentos del plan de salud. CenterLight Healthcare estará sujeto a este aviso y a cualquier aviso adicional distribuido a los participantes de sus planes de salud.

ACUSE DE RECIBO

Dejo constancia de que me han proporcionado una copia del aviso de privacidad de CenterLight Health System.

Firma del participante: _____ **Fecha:** _____

SI CORRESPONDE:

Nombre del representante legal en letra de imprenta: _____

Relación con el participante: _____

Firma del representante legal: _____ **Fecha:** _____

Fecha de recepción del formulario firmado: _____ Identificación del participante: _____