

AVISO DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE ONSLOW MEMORIAL HOSPITAL

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN.

REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Fecha de entrada en vigor: **1 de marzo de 2021**

NUESTRO DEBER DE PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA

Onslow Memorial Hospital ("OMH") tiene el compromiso de proteger su información médica. La ley nos obliga a mantener la confidencialidad de sus datos médicos protegidos, a informarle de nuestras obligaciones legales y prácticas de confidencialidad con respecto a los datos médicos protegidos, y a respetar los términos del presente aviso en su versión vigente. La información médica protegida incluye la información que recopilamos sobre su salud pasada, presente o futura, la atención médica que le brindamos y el pago de su atención médica.

Cambios a este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer que las nuevas provisiones del aviso entren en vigor para toda la información médica protegida que mantenemos. Si modificamos este aviso, publicaremos una copia en nuestro centro y en nuestro sitio web www.onslow.org.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La legislación federal nos exige proteger la privacidad de su información médica protegida. Además, la legislación de Carolina del Norte protege no solo sus derechos de privacidad, sino también su relación con su proveedor, y si procede, con su proveedor de salud mental. La ley estatal limita la divulgación de su información médica en muchos casos. Aun así, podemos divulgar su información médica en virtud de las leyes estatales y federales: para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica; con su permiso; en virtud de una orden judicial; o según lo permita o exija la ley.

Las leyes federales y de Carolina del Norte nos permiten usar y divulgar su información médica privada sin su autorización por escrito, de la siguiente manera:

Tratamiento: Tenemos que usar y divulgar su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados, lo que puede incluir comunicarse con otros proveedores de atención médica respecto a su tratamiento y coordinar y gestionar la atención de su atención con terceros; por ejemplo, tenemos que usar y divulgar su información médica protegida, tanto dentro como fuera de nuestro sistema, en el caso de que necesite una receta, un análisis de laboratorio, una radiografía u otros servicios médicos. Esto puede ocurrir con diferentes departamentos dentro del hospital que comparten su información médica para coordinar la prestación de un servicio que usted pueda necesitar. Además, tenemos que usar y divulgar su información médica protegida cuando lo remitimos a otro proveedor de atención médica.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica protegida a otros para facturar y cobrar el pago del tratamiento y los servicios que se le brindaron. Antes de que reciba los servicios programados, es posible que tengamos que compartir información sobre estos servicios con sus planes de salud. Al compartir la información podemos solicitar la cobertura de su plan de salud o póliza y la aprobación del pago antes de brindar los servicios. También es posible que tengamos que compartir información médica sobre usted con las siguientes personas:

- Departamentos o agencias de cobros, o abogados que nos ayuden con los cobros, incluida la Oficina del Fiscal General del estado de Carolina del Norte.
- Compañías de seguros, planes de salud y sus agentes.
- Agencias de información al consumidor (por ejemplo, agencias de crédito).
- Otras personas que sean responsables de sus facturas, como su cónyuge o un aval de sus facturas, según sea necesario para que podamos realizar el cobro.

Operaciones de atención médica: OMH puede usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo actividades comerciales, denominadas "operaciones de atención médica", que nos permiten mejorar la calidad de la atención que brindamos y reducir los costos de la atención médica. . Es posible que tengamos que divulgar su información médica protegida para por las "operaciones de atención médica" de otros profesionales involucrados en su atención, a fin de mejorar la calidad, la eficiencia y los costos de su atención o para evaluar y mejorar el desempeño de sus especialistas, por ejemplo,: los miembros del personal médico, del equipo de gestión de riesgos o del equipo de mejora de la calidad, incluidas las organizaciones para la seguridad del paciente, pueden utilizar la información de su historial médico para evaluar la atención que recibe y los resultados de su tratamiento. También podemos revelar información a médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes de medicina y demás personal de OMH con fines de revisión y enseñanza.

Actividades de recaudación de fondos: Podemos usar y/o divulgar cierta información médica protegida sobre usted, incluso a alguna de nuestras fundaciones y para comunicarnos con usted para recaudar fondos para nuestros servicios y operaciones. Usted tiene derecho a optar por no recibir esas comunicaciones. Si no desea que usemos su información médica protegida para comunicarnos con usted con fines de recaudación de fondos, notifíquelo al encargado de privacidad llamando al número o escribiendo a la dirección que aparecen en la última página de este aviso.

Recordatorios de citas: Podemos usar y compartir información médica para comunicarnos con usted por teléfono o correo para recordarle que tiene una cita de tratamiento o atención médica.

Alternativas de tratamiento y beneficios y servicios médicos: Podemos usar y compartir información médica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento, alternativas de tratamiento o beneficios o servicios médicos que puedan ser de su interés.

Podemos usar y divulgar su información médica protegida en otras circunstancias sin su autorización o sin darle la oportunidad de aceptar u oponerse:

Podemos usar y/o divulgar su información médica protegida en una serie de circunstancias para las cuales no tenemos que pedirle permiso ni darle la oportunidad de aceptar u oponerse, tales como:

- Cuando sea necesario para **prevenir amenazas graves para su salud y seguridad** o la salud y seguridad del público u otra persona.
- A **organizaciones que facilitan la donación y el trasplante** de tejidos y/u órganos.
- A **funcionarios autorizados** cuando **lo exijan las leyes federales, estatales o locales**, por ejemplo, para denunciar el abuso o descuido de un niño o de una persona con discapacidad o reportar ciertos tipos de heridas o lesiones.
- En respuesta a ciertas **citaciones, órdenes judiciales u órdenes administrativas**.
- Según lo exija la ley, con fines de **actividades de salud pública**, por ejemplo, prevención o control de enfermedades y notificación de nacimientos y defunciones.
- Para actividades autorizadas de **indemnización laboral**.
- A **agencias de supervisión médica**, por ejemplo, agencias que velan por el cumplimiento de los requisitos de licencia o acreditación.
- A **las autoridades del orden público**, por ejemplo, en caso de ciertos delitos.
- A **investigadores forenses, médicos forenses o directores funerarios** en el ejercicio de sus funciones.
- Según lo exijan las **autoridades de mando militar**, si usted es miembro de las fuerzas armadas.
- A nuestros **socios comerciales** para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica en nuestro nombre, por ejemplo, podemos divulgar información médica sobre usted a una empresa que facture a las aseguradoras por nuestros servicios. Sin embargo, para proteger su información médica, exigimos que el socio comercial proteja adecuadamente su información al exigir que celebre un acuerdo apropiado con OMH.
- Para **investigaciones** o para recopilar información en las bases de datos que se usarán más adelante con fines de investigación. Podemos divulgar su información médica protegida, y las muestras sobrantes, para investigaciones aprobadas por una junta de revisión institucional que haya determinado que no es necesario su consentimiento por escrito para divulgar la información. También podemos revisar su información médica protegida con el fin de determinar si reúne los requisitos para participar en un estudio de investigación médica o para permitir que un investigador se ponga en contacto con usted

por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o por correo postal y determinar tiene interés en participar en un estudio de investigación médica.

- A una **institución penitenciaria que tenga su custodia legal**, según sea necesario para su salud y la seguridad de los demás.
- Podemos **eliminar o agregar identificadores** para que la información sea totalmente anónima y luego usarla o compartirla sin su autorización por escrito.

Usted puede oponerse a ciertos usos y divulgaciones: A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su información médica protegida en los siguientes casos:

- **Directorios del hospital o del centro.** Podemos compartir su ubicación en el centro y su estado general (crítico, grave, etc.) en nuestra lista de pacientes con personas que pregunten por usted por su nombre. También podemos compartir su afiliación religiosa con el clero.
- **Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.** Podemos compartir su información médica con un familiar, representante personal, amigo u otra persona que usted identifique cuando la información se relacione directamente con su participación en su atención o en el pago de la misma.
- **Casos de emergencia y ayuda en caso de catástrofe.** Podemos compartir su información médica protegida con una agencia pública o privada (por ejemplo, la Cruz Roja Americana) con fines de ayuda en caso de desastres. Incluso si usted se opone, podemos compartir la información médica protegida si es necesario para las circunstancias de emergencia. En caso de emergencia, o si no puede tomar decisiones por sí mismo, utilizaremos nuestro criterio profesional para decidir si lo mejor para usted es compartir su información médica protegida con una persona involucrada en su atención.

Algunos usos y divulgaciones de su información médica protegida requieren su autorización por escrito: Le pediremos su autorización en caso de que busquemos:

- Utilizar o revelar las notas de psicoterapia;
- Utilizar o divulgar su información médica protegida con fines de marketing; o
- Vender su información médica protegida.

También obtendremos su autorización para cualquier otro uso y/o divulgación de su información médica protegida que no se describa de otro modo en este aviso de prácticas de privacidad.

Si nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica protegida, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su información médica protegida para los fines contemplados en su autorización escrita. Sin embargo, la empresa no puede retirar las comunicaciones ya realizadas en virtud de una autorización válida.

Usted puede tener derechos adicionales conforme a otras leyes: Las leyes de Carolina del Norte pueden brindarle mayor protección para tipos específicos de información que las leyes federales que protegen la privacidad de su información médica protegida y, cuando corresponda,

cumpliremos con los requisitos de las leyes de Carolina del Norte. Por lo general, la ley de Carolina del Norte exige que obtengamos su consentimiento por escrito antes de poder divulgar información médica relacionada con sus servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo o abuso de sustancias. Existen algunas excepciones a este requisito.

Cierta información sobre tratamientos por alcoholismo, drogadicción y psiquiátrico puede tener protecciones especiales de privacidad: Si usted recibe tratamiento en uno de estos programas o centros, recibirá un aviso adicional sobre la confidencialidad de su información médica. No divulgaremos información médica que lo identifique como paciente de dicho programa o centro de salud, ni se dará información relacionada con el tratamiento en dicho programa o centro, a menos que:

- Usted o su representante personal dan su consentimiento por escrito.
- Una orden judicial exija la divulgación.
- El personal médico necesite la información para tratarle en caso de urgencia médica.
- El personal especializado utilice la información para actividades de investigación u operaciones.
- Sea necesario denunciar un delito o una amenaza de cometer un delito.
- Sea necesario denunciar un abuso o negligencia, tal y como exige la ley.

Disposiciones especiales sobre menores conforme a la legislación de Carolina del Norte:

Conforme a dispone la legislación de Carolina del Norte, los menores, con o sin el consentimiento de su padre, madre o tutor, tienen derecho a dar su consentimiento para recibir servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades, tales como enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben reportarse al estado de Carolina del Norte; embarazo, abuso de sustancias controladas o alcohol y trastorno emocional. Si usted es menor de 18 años, no está casado y no se ha emancipado legalmente ni se ha alistado en las fuerzas armadas, puede dar su consentimiento para recibir tratamiento por embarazo, drogadicción y/o alcoholismo, enfermedades venéreas o trastornos emocionales sin el consentimiento de un adulto. Esta información permanecerá confidencial, a menos que su médico determine que sus padres o tutores tienen que saber esta información porque existe una amenaza grave para su vida o salud, o que sus padres o tutores hayan preguntado en concreto por su tratamiento. Tome nota de que los menores todavía necesitan autorización de sus padres o de un tribunal para abortos o autorización de un tribunal para una esterilización.

Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto:

Si nos da una dirección de correo electrónico o un número de teléfono fijo o móvil, podemos usar esa información para contactarlo por correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto para coordinar su atención médica, informarle de servicios que puedan beneficiarle o hablar de su factura. Los investigadores médicos afiliados a nuestra asociación con UNCHCS también pueden usar esa información para darle la oportunidad de participar en un estudio de investigación médica aprobado o contactarlo por un estudio de investigación médica en el que esté inscrito.

Intercambios de información médica: Onslow Memorial Hospital puede participar en uno o más intercambios de información médica; se trata de un sistema electrónico que permite a otros profesionales médicos que lo atienden acceder a su información médica y compartirla si también participan en el intercambio de información médica. OMH compartirá su información médica

protegida con los intercambios de información médica y puede utilizarlos para acceder a su información médica protegida con el fin de proporcionarle atención médica.

OMH también puede participar en North Carolina HealthConnex (el “intercambio”) a través de la Autoridad de Intercambio de Información de Carolina del Norte. Las entidades que participan en el Intercambio comparten su información médica protegida con el mismo y pueden utilizar el intercambio para acceder a su información médica protegida con el fin de ayudarnos a proporcionarle atención médica. Si usted no desea que los participantes del Intercambio tengan acceso a su información médica protegida, debe optar por no participar enviando un formulario directamente al Intercambio. El formulario de exclusión voluntaria puede descargarse directamente del sitio web de la Autoridad de Intercambio de Información de Carolina del Norte (<https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>). La información que explica los beneficios del intercambio y las instrucciones sobre cómo no participar también están disponibles en el sitio web del Intercambio. Incluso si decide no participar en el Intercambio, podremos utilizar su información médica protegida disponible en el intercambio para proporcionarle atención de emergencia o para fines de salud pública o investigación autorizados por la ley. Su exclusión voluntaria tampoco afectará a nuestra obligación de divulgar su información médica protegida al Intercambio cuando reciba servicios hospitalarios pagados por Medicaid u otros recursos financiados por el estado de Carolina del Norte.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de su información médica protegida: Tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso y la divulgación de su información médica protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; para incluirlo en un directorio del hospital o centro; o a familiares y otras personas involucradas en su atención, pero no estamos obligados a aceptar las restricciones solicitadas en la mayoría de las circunstancias. Si aceptamos su solicitud, la cumpliremos, a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de urgencia o deba divulgarse conforme a la ley o según se describa en este aviso. Si paga en su totalidad y por adelantado ciertos artículos o servicios y solicita que no divulguemos información sobre dichos artículos o servicios a su plan de salud, le daremos cumplimiento. Todas las demás solicitudes de restricciones sobre el uso o la divulgación de su información médica protegida deben hacérselas llegar por escrito. Para solicitar una restricción, debe presentar su solicitud por escrito al responsable de privacidad de Onslow Memorial. Consulte la información de contacto que figura más abajo.

Usted tiene derecho a solicitar diferentes formas de comunicarnos con usted: Tiene derecho a solicitar cómo y dónde podemos comunicarse con usted con respecto a su información médica protegida por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos en la dirección o teléfono de su trabajo o por correo electrónico. Su solicitud debe presentarse por escrito. Debemos atender las solicitudes razonables, aunque, en su caso, podemos condicionar dicha atención a que nos facilite información sobre la forma en que se gestionará el pago y a que especifique una dirección alternativa u otro método de contacto. Para solicitar un método alternativo de comunicación, debe presentar su solicitud por escrito en el formulario correspondiente al Health Information Management Department (Departamento de Gestión de la Información Médica). Puede encontrar

los formularios en nuestra página web o dirigiéndose al Health Information Management Department (Departamento de Gestión de la Información Médica).

Usted tiene derecho a ver y copiar su información médica protegida: Tiene derecho a pedir ver y recibir una copia de su información médica protegida incluida en expedientes clínicos, de facturación y de otro tipo que se utilicen para tomar decisiones sobre usted que formen parte de nuestro conjunto de expedientes designados. Tiene derecho a recibir copia de su información médica protegida en su versión electrónica original de ser posible o, de no serlo, en otro formato electrónico que sea aceptable tanto para usted como para nosotros. Para ver y/o copiar su información médica, debe presentar su solicitud por escrito usando el formulario correspondiente al Departamento de Gestión de Información Médica de OMH. Podemos cobrarle una tarifa por los costos de copias, envío por correo u otros suministros derivados de su solicitud. En determinadas circunstancias muy limitadas, podemos rechazar su solicitud de ver y obtener copias de su información médica. Tiene derecho a apelar la denegación.

Usted tiene derecho a solicitar que se modifique parte de su información médica protegida: Si usted considera que su información médica y de facturación es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Podemos rechazar su solicitud si:

- Nosotros no creamos la información.
- La información no forma parte de los expedientes utilizados para tomar decisiones sobre su atención.
- Consideramos que la información es correcta y está completa.
- La solicitud se refiere a una parte del expediente que usted no tiene derecho a revisar.

Su solicitud debe realizarse por escrito y debe explicar sus motivos. Si rechazamos la solicitud, le comunicaremos por escrito los motivos del rechazo y le describiremos su derecho a entregarnos una declaración por escrito en la que manifieste su desacuerdo con el rechazo. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, nos esforzaremos razonablemente por informar a otras personas de la modificación, incluidas las personas que usted nombre que hayan recibido la información médica protegida y que necesiten la modificación. Para solicitar una modificación, debe presentar su solicitud por escrito en el formulario correspondiente al Health Information Management Department (Departamento de Gestión de la Información Médica). Puede encontrar los formularios en nuestra página web o dirigiéndose al Health Information Management Department (Departamento de Gestión de la Información Médica).

Usted tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones de su información médica protegida que hayamos hecho: Tiene derecho a recibir una lista escrita de ciertas divulgaciones que hayamos hecho de su información médica protegida. Puede solicitar información de la divulgación de información hasta seis (6) años antes de su solicitud. Se nos exige que le entreguemos una lista de todas las divulgaciones excepto las siguientes:

- Para su tratamiento.
- Para facturación y cobro del pago de su tratamiento.
- Para operaciones de atención médica.
- Realizadas o solicitadas por usted, o que usted haya autorizado.

- Casos incidentales a los usos y divulgaciones permitidos.
- Realizadas a personas involucradas en su atención, con fines de directorio o notificación.
- Permitidas por la ley cuando el uso o divulgación se relacione con ciertas funciones especializadas del gobierno o se relacione con instituciones correccionales y en otras situaciones de custodia para el cumplimiento de la ley.
- Como parte de un conjunto limitado de información que no contiene cierta información que podría identificarle.

La lista incluirá la fecha de la declaración, el nombre (y dirección, si está disponible) de la persona u organización que recibe la información, una breve descripción de la información declarada, y el propósito de la divulgación. Si, en circunstancias permitidas, se ha divulgado su información médica protegida para ciertos tipos de proyectos de investigación, la lista puede incluir distintos tipos de información. Si solicita una lista de divulgaciones más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable. Para solicitar una lista de divulgaciones, diríjase al Departamento de Gestión de la Información Médica para obtener un formulario que deberá rellenar para hacer su solicitud.

Usted tiene derecho a que se le notifique si se han filtrado sus datos: Tiene derecho a recibir aviso en caso de que se filtre su información médica protegida no asegurada.

Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso: Tiene derecho a pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento llamando a la línea directa de la Oficina de Privacidad de UNC al 1-800-362-2921. Le otorgaremos una copia de este aviso a más tardar en la fecha en que reciba nuestro servicio por primera vez (excepto para los servicios de emergencia, en cuyo caso le haremos llegar el aviso lo antes posible). Publicaremos una copia del aviso de prácticas de privacidad vigente en cada centro de tratamiento y en nuestro sitio web: www.onslow.org.

CONTACTOS PARA PLANTEAR PREGUNTAS Y QUEJAS

Si necesita más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas sobre este aviso, si cree que hemos violado sus derechos de privacidad o si desea presentarnos alguna queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad por teléfono o puede enviar su denuncia a través de la línea directa de Cumplimiento y Privacidad utilizando la información de contacto indicada a continuación:

Oficina de Privacidad de UNC

1-800-362-2921

Línea directa: <http://hotline.unchealthcare.org>

Si presenta una queja, no tomaremos ninguna medida en su contra ni cambiaremos el trato que le damos. También puede enviar sus quejas por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.