

SUMARIO DE NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

Nosotros debemos proveerle nuestra Noticia de Practicas de Privacidad. Esta Noticia le informa como la información de salud que tenemos de usted puede ser usada por nosotros y compartida con otros. También le informa de sus derechos y nuestras obligaciones bajo leyes federales y estatales de privacidad. Esto es un sumario de la noticia.

USOS Y REVELACIONES (USES AND DISCLOSURES)

Bajo varias circunstancias, nosotros podemos usar y compartir información acerca de usted. A veces debemos obtener su autorización antes de usar o compartir la información, pero otras veces podemos usar o compartir su información sin su autorización y sin informarle. Algunas de las razones que podemos usar o compartir su información son:

- para proveer información acerca de su condición de salud a otros que puedan proveerle tratamiento.
- para proveer información acerca del tratamiento que le proveimos para ser reembolsados por su plan de salud.
- para reportar alguna enfermedad comunicable, abuso (u) actividad criminal; y
- para estar de acuerdo con una orden tribunal.

Estos son solamente ejemplos. Para más detalles como podemos usar y compartir información acerca de usted, por favor lea la Noticia de Practicas de Privacidad en adjunto.

SUS DERECHOS (YOUR RIGHTS)

Mientras los records que tenemos acerca de usted pertenece a nosotros, usted tiene derechos acerca de la información en esos records. Por ejemplo, usted tiene derecho de ver y copiar la información que tenemos acerca de usted y pedir que se corrija cualquier información que usted piense que sea incompleta o incorrecta. También, usted puede pedirnos una lista de las veces que nosotros hemos compartido su información con otros. Hay algunas excepciones a estos derechos. Hay también más información acerca de esto en la Noticia de Practicas de Privacidad en adjunto.

NUESTRAS OBLIGACIONES (OUR OBLIGATIONS)

Debemos darle nuestra Noticia de Practicas de Privacidad. Debemos usar su información de la manera que está anotada en la Noticia. Podemos cambiar la Noticia y la manera que usamos y compartimos su información de vez en cuando.

Nuestra Noticia de Practicas de Privacidad está en adjunto. Por favor léalo cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta o gusta más información, por favor contacte al Oficial de Privacidad, Departamento de Consejo Corporativo al 260-373-7021.

PARKVIEW HEALTH • NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD • (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

Efectivo 14 de Abril, 2003 (Effective April 14, 2003)

ESTA NOTICIA DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Cuando se usa la palabra “nosotros” en ésta Noticia, se refiere a Parkview Health y sus afiliados, incluyendo Parkview Hospital y sus programas específicos, Parkview Behavioral Health, Parkview Home Health & Hospice, Parkview North Hospital, Orthopaedic Hospital Parkview North, junto con Parkview Huntington Hospital, Parkview LaGrange Hospital, Parkview Noble Hospital, Parkview Whitley Hospital, Parkview Occupational Health, y Parkview Medical Group. También se refiere a proveedores contratados de anestesiología, diálisis, medicina de emergencia, neonatología, y otros servicios directos e indirectos.

Esta noticia describe como nosotros usaremos y revelaremos su información de salud. Los reglamentos delineados en esta noticia aplica a toda su información de salud producida por Parkview Health, si está registrada en su record médico, factura, hoja de pago, vídeo, y otras maneras. Estos reglamentos también aplican a la información de salud obtenida por algun proveedor de salud profesional, empleados o voluntarios de otras organizaciones que participen en su cuidado.

USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACION DE SALUD (USES AND DISCLOSURES OF YOUR HEALTH INFORMATION)

1. En algunas circunstancias nosotros estamos permitidos o requeridos a usar o revelar su información de salud sin obtener su autorización antes y sin ofrecerle la oportunidad de objetar (oponerse). Estas circunstancias incluye:

a. Usos o revelaciones relacionado a su tratamiento, pago y operación de cuidado de salud:

- (1) **Tratamiento.** Nosotros podemos usar o revelar su información de salud para proveer, o permitir que otros le provean tratamiento. Un ejemplo puede ser si su doctor primario revela su información de salud a otro doctor para consultar. También, nosotros podemos contactarlo para recordarle de su cita o informarle acerca de opciones de tratamiento u algún otro beneficio y servicio relacionado a su salud que pueda interesarle.

- (2) **Pago.** Nosotros podemos usar y/o revelar su información de salud para el propósito de permitirnos, al igual que otras organizaciones, asegurar pago por los servicios de cuidado de salud proveídos a usted. Por ejemplo, nosotros podemos informarle a su compañía de aseguranza de salud su diagnóstico y tratamiento en orden de asistir la compañía en procesar la reclamación por los servicios de cuidado de salud proveídos a usted.
- (3) **Operaciones de Cuidado de Salud.** Nosotros podemos usar y/o revelar su información para el propósito de función y operación de día-a-día. Nosotros también podemos revelar su información a otra entidad cubrida (proveedor de cuidado de salud, plan de salud, u oficina central para el intercambio de información de cuidado de salud) para permitir en ejecutar sus funciones de día-a-día, pero solamente hasta el grado de que ambos tengamos una relación con usted. Por ejemplo, nosotros podemos compilar su información de salud, junto con esa de otros pacientes, en orden de permitir a un equipo de profesionales a revisar la información y hacer sugerencias concerniente en como mejorar la calidad de cuidado proveído en esta facilidad. Nosotros, también podemos contactarlo como parte de nuestros esfuerzos en levantar dinero. Todas las comunicaciones en levantar dinero incluirá información en como usted puede optar en el futuro no ser parte de las comunicaciones en levantar dinero.

- b. Para crear materiales finales sin usar alguna información concerniente a usted que pueda ser indentificada.
- c. Cuando es requerido por ley.
- d. Para el propósito de salud pública.
- e. Para revelar información acerca de victimas de abuso, violencia doméstica o negligencia como es requerido por ley.
- f. Para actividades de descuido de salud, tales como revisión de cuentas, civil, administrativa, o investigaciones criminales.
- g. Para prosequimientos judiciales o administrativos.
- h. Para el propósito de ejecutar la ley.
- i. Para asistir al médico forense o director de funeraria con sus obligaciones oficiales.
- j. Para facilitar la donación de órganos, ojos, o tejidos de piel.
- k. Para cierto proyectos de investigación que han sido evaluados y aprobados mediante un proceso de aprobamiento que toma en cuenta la necesidad del paciente para privacidad.
- l. Para impedir una seria amenaza a la salud o seguridad.
- m. Para funciones gubernamentales especializadas, tales como la seguridad nacional, militar, corrección criminal, o propósito de beneficio público; y
- n. Para el propósito de compensamiento de empleado, como permitido por ley.

2. Nosotros también podemos usar o revelar su información de salud en las siguientes circunstancias. Sin embargo, excepto en situaciones de emergencia, le informaremos de la acción que vamos a intentar antes de hacer cualquier revelación y le ofreceremos en ese momento la oportunidad de objetar

- a. **Guías.** Nosotros mantendremos una guía de todos los pacientes el cual incluye su nombre y su sitio dentro de la facilidad, y su denominación de religión, y información acerca de su condición en términos generales que no comunicará información médica específica acerca de usted. Nosotros podemos revelar toda la información de la guía a los miembros del clero.
- b. **Notificaciones.** Nosotros podemos revelar a sus parientes o amigos cercanos cualquier información de salud que esté directamente relacionado en como ésta persona está involucrado en proveer o pagar por su cuidado. Nosotros podemos usar y revelar su información de salud para el propósito de localizar o notificar sus parientes o amigos cercanos de su sitio, condición general o muerte, y a esas organizaciones que estén involucrados en esas tareas durante situaciones de desastre.

Excepto como se describió arriba, su información de salud será revelada solamente con su autorización por escrito. Excepto como es permitido por las leyes o reglas federales o estatales, cualquier información revelada del expediente de salud mental y record de tratamiento de cualquier droga o alcohol requerirá su autorización por escrito. Usted puede, por escrito, revocar su autorización en cualquier momento, amenos que hayamos tomado acción basado por una autorización anterior, o si firmó la autorización como condición de obtener cobertura de seguro.

SUS DERECHOS (YOUR RIGHTS)

- 1. **Para pedir restricciones.** Usted tiene el derecho de pedir restricciones en el uso y revelación de su información de salud para tratamiento, pago u propósito de operación de cuidado de salud o propósito de notificación.
- 2. **Para limitar comunicaciones.** Usted tiene el derecho de recibir comunicación confidencial acerca de su propia información de salud por medios alternativos o en sitios alternativos. Esto quiere decir que usted puede, por ejemplo, designar que lo contactemos por e-mail, o a su trabajo en vez de su hogar. Para pedir comunicación mediante una vía alternativa o en sitios alternativos, usted debe pedirlo por escrito y someterlo al Contacto anotado en la pagina final de esta Noticia. Todo lo que se pida y sea razonable será otorgado.

3. Para Copiar y tener acceso a información de salud. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar cualquier información de salud acerca de usted menos la información que ha sido obtenida en anticipación de o para uso en prosequimientos civiles, criminales o administrativos, o cierta información que es gobernada por el Acto de Progreso de Laboratorio Clínico. Para hacer arreglos en tener acceso a sus records, o para recibir una copia de sus records, usted debe pedirlo por escrito y someterlo al Contacto anotado en la pagina final de esta Noticia.

Aunque en general usted tiene derecho en tener acceso a su información de salud que está protegida, en algunas circunstancias se le puede negar acceso. Por ejemplo, se le puede negar acceso si usted es un residente en una institución de corrección o si usted es un participante en un programa de pesquisa que todavía está en progreso. Se puede negar acceso si el Acto Federal de Privacidad aplica. Acceso a información que fue obtenida bajo una promesa de confidencialidad por otra persona que no es proveedor de cuidado de salud puede ser negada si el permitirle acceso probablemente revelará la fuente de información. La decisión en negar acceso bajo estas circunstancias es final y no es sujeto para revisar.

En adición, se puede negar acceso si (1) acceso a la información en cuestión probablemente puede poner la vida y seguridad suya o de alguna otra persona en peligro, (2) la información hace referencia a otra persona y su acceso probablemente puede causarle daño a esa persona, (3) o usted es el representante personal de otro individuo y un licenciado profesional de cuidado de salud determina que su acceso a tal información puede causar daño considerable al paciente o algún otro individuo. Si se le niega acceso por estas razones, usted tiene el derecho de tener la decisión revisada por un profesional de cuidado de salud que no tomó parte en la decisión original. Si ultimamente se le niega acceso, las razones porqué se le nego le serán proveidas por escrito.

4. Para pedir enmienda (corregimiento). Usted puede pedir que su información de salud sea corregida. Se puede negar lo que usted pide si la información en cuestión no fue creada por nosotros (a menos que usted pueda proveernos información de que la fuente de información en donde se originó la información, ya no existe y no se le puede pedir que corrija la información), si no es parte de nuestros records, si no es el tipo de información que estaría disponible para usted en inspeccionar o copiar, o si es precisa y completa. Si se le niega corregir su información de salud, usted puede someter una declaración por escrito declarando que no está de acuerdo con la decisión, el cual mantendremos en su record y distribuiremos con toda su información revelada en el futuro con la cual está relacionada. Para pedir cambios en su información de salud usted debe hacer una petición por escrito al Contacto anotado en la pagina final de esta Noticia.

5. Para una Cuenta de Revelaciones. Usted tiene el derecho para una cuenta de revelaciones de su información de salud hechas durante el periodo de seis años hasta la fecha de su petición. La cuenta incluirá la fecha de cada revelación, el nombre de la entidad o persona que recibió la información y la dirección (si conocida), y una descripción breve de la información revelada y el propósito de la revelación. Sin embargo, las siguientes revelaciones no serán contadas: (1) revelaciones hechas para el propósito de llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, (2) revelaciones hechas a usted, (3) revelaciones de información mantenida en nuestra guía de pacientes o revelaciones hechas a personas involucrados en su cuidado, u para el propósito de notificar su familia o amigos de endonde se encuentra, (4) revelaciones para el propósito de seguridad u inteligencia nacional, (5) revelaciones hechas a instituciones de corrección o a oficiales que esfuerzan la ley durante el tiempo que usted estuvo en su custodia, (6) revelaciones hechas antes del 14 de Abril, 2003, (7) revelaciones hechas siguiendo una autorización firmada por usted, (8) revelaciones que son parte de una limitada colección de información, (10) revelaciones hechas a una agencia de descuido de salud o un oficial que esfuerza la ley, pero solamente si la agencia o el oficial pide que nosotros no le contemos a usted tales revelaciones y solamente por el periodo limitado de tiempo cubrido por tal petición.

6. Para una copia de papel de esta Noticia. Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de esta Noticia enseguida que usted pida.

NUESTRAS OBLIGACIONES (OUR DUTIES)

1. Nosotros estamos requeridos por ley en mantener la privacidad de su información y proveerle con esta Noticia de nuestras obligaciones legales y practicas de privacidad.

2. Nosotros estamos requeridos en cumplir con los terminos de esta noticia. Nosotros reservamos el derecho de cambiar los terminos de esta noticia y hacer que los cambios apliquen a toda la información de salud que mantenemos. Cualquier cambio a ésta Noticia estará puesto en nuestro website (si aplican) y en nuestra facilidad, y estarán disponible a usted cuando usted la pida de nosotros.

QUEJAS (COMPLAINTS)

Usted puede quejarse a nosotros y al Secretario Federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados. Para fijar una queja con nosotros, por favor hágalo por escrito al Contacto anotado abajo. Esta persona de Contacto también podrá proveerle con más información acerca de nuestras pólizas de privacidad cuando lo pida. No se tomará ninguna acción en contra de usted por haber hecho una queja.

CONTACTO DESIGNADO (DESIGNATED CONTACT)

Oficial de Privacidad • Departamento de Consejo Corporativo

Parkview Health • 10501 Corporate Drive • P.O Box 5600 • Fort Wayne, IN 46895 • 260-373-7021