



# Hancock Public Health

Su líder reconocido en la salud poblacional

*Lindsay Summit, MPH, comisionada de la salud*



---

## Consentimiento para el servicio y responsabilidad financiera y Aviso de prácticas de privacidad 2225 Keith Parkway, Findlay, Ohio 45840 419-424-7441, opción 2

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a dicha información. Revíselo detenidamente.

La información personal identificable sobre su salud, su atención médica y su pago por la atención médica se denomina Información Médica Protegida. Debemos salvaguardar su Información Médica Protegida y brindarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad que explica cómo, cuándo y por qué podemos usar o divulgar su Información Médica Protegida. Excepto en las situaciones establecidas en el Aviso, debemos usar o divulgar solo la Información Médica Protegida mínima necesaria para llevar a cabo el uso o la divulgación.

Debemos seguir las prácticas descritas en este Aviso, pero podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento.

También puede solicitar una copia del Aviso llamándonos al 419-424-7105 y pidiéndonos que le enviemos una copia por correo o solicitando una copia en su próxima cita.

### **Usos y divulgaciones de su Información Médica Protegida que no requieren su consentimiento**

Podemos usar y divulgar su Información Médica Protegida de la siguiente manera sin su permiso:

**Para fines de tratamiento.** Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeros y otras personas que le brindan atención médica. Por ejemplo, su información puede ser compartida con personas que realizan análisis de laboratorio o radiografías.

**Para obtener el pago.** Podemos divulgar su información médica para cobrar el pago de su atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar información a su compañía de seguros.

**Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar su información médica para realizar funciones comerciales como evaluaciones de empleados y mejorar el servicio que brindamos. Podremos divulgar su información a estudiantes que se capacitan con nosotros. Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted para recordarle su cita o para llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo.



# Hancock Public Health

Su líder reconocido en la salud poblacional

*Lindsay Summit, MPH, comisionada de la salud*



---

**Cuando lo requiera la ley.** Es posible que estemos obligados a divulgar su Información Médica Protegida a agentes del orden público, tribunales o agencias gubernamentales. Por ejemplo, es posible que tengamos que denunciar abuso, negligencia o ciertas lesiones físicas.

**Para actividades de salud pública.** Es posible que estemos obligados a divulgar su información médica a las agencias gubernamentales para prevenir o controlar enfermedades o lesiones. También es posible que tengamos que informar a su empleador sobre enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo para que su lugar de trabajo pueda ser monitoreado por cuestiones de seguridad.

**Para actividades de supervisión de la salud.** Es posible que estemos obligados a divulgar su información médica a las agencias gubernamentales para que puedan supervisar o autorizar a proveedores de atención médica, como médicos y enfermeros.

**Para actividades relacionadas con la muerte.** Es posible que estemos obligados a divulgar su información médica a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que puedan llevar a cabo tareas relacionadas con su muerte, como determinar la causa de la muerte o preparar su cuerpo para el entierro. También podemos divulgar su información a aquellos involucrados en la localización, almacenamiento o trasplante de órganos o tejidos de donantes.

**Para estudios.** Para servir a nuestra comunidad de pacientes, podemos usar o divulgar su información médica para estudios de investigación, pero solo después de que dicho uso sea aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la UWM o una junta de privacidad especial. En la mayoría de los casos, su información se utilizará para estudios solo con su permiso.

**Para evitar una amenaza a la salud o la seguridad.** Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, podemos revelar información médica a los agentes del orden público u otras personas que puedan prevenir o disminuir esa amenaza.

**Para funciones gubernamentales específicas.** En ciertas situaciones, podemos divulgar información médica de oficiales militares y veteranos, a centros correccionales, a programas de beneficios gubernamentales y por razones de seguridad nacional.

**Para fines de indemnización laboral.** Podemos divulgar su información médica a las autoridades gubernamentales según las leyes de indemnización laboral.

## **Usos y divulgaciones de su Información Médica Protegida que le ofrecen la oportunidad de objetar**

En las siguientes situaciones, podemos divulgar parte de su Información Médica Protegida si primero le informamos sobre la divulgación y usted no se opone:



# Hancock Public Health

Su líder reconocido en la salud poblacional

Lindsay Summit, MPH, comisionada de la salud



**A su familia, amigos u otras personas involucradas en su atención.** Podemos compartir con estas personas información relacionada con su participación en su atención o información para notificarles sobre su ubicación o condición general. Podemos divulgar su información médica a las organizaciones que gestionen esfuerzos de ayuda en caso de desastres.

## **Usos y divulgaciones de su Información Médica Protegida que requieren su consentimiento**

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información Médica Protegida se realizarán únicamente con su permiso por escrito, que podrá retirar en cualquier momento:

**Para fines de investigación.** Para poder servir a nuestra comunidad de pacientes, es posible que queramos utilizar su información médica en estudios de investigación. Por ejemplo, los investigadores pueden querer comprobar si su tratamiento curó su enfermedad. En tal caso, le pediremos que complete un formulario que nos permita usar o divulgar su información para fines de investigación. Completar este formulario es totalmente voluntario y no tendrá ningún efecto en su tratamiento.

**Para cualquier otro propósito no descrito en este Aviso.** Sin su permiso, no usaremos ni divulgaremos su información médica bajo ninguna circunstancia que no esté descrita en este Aviso.

## **Sus derechos con respecto a su Información Médica Protegida**

**Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su Información Médica Protegida:**

**Para inspeccionar y solicitar una copia de su Información Médica Protegida.** En la mayoría de los casos, puede consultar y obtener una copia de su Información Médica Protegida. No puede ver ni copiar notas de psicoterapia, información recopilada para su uso en una acción legal o gubernamental e información a la que no puede acceder por ley. Si utilizamos o mantenemos la información solicitada electrónicamente, puede solicitar dicha información en formato electrónico.

**Para solicitar que corrijamos su Información Médica Protegida.** Si considera que existe un error o una omisión en nuestro archivo de su información médica, puede solicitarnos por escrito que corrijamos el archivo. Podemos rechazar su solicitud si consideramos que el archivo es correcto y completo, no fue creado por nosotros o no está permitido divulgarlo. Si rechazamos su solicitud, le explicaremos las razones del rechazo y sus derechos para que la solicitud, el rechazo y su respuesta por escrito se agreguen a su expediente. Si aprobamos su solicitud, cambiaremos el archivo, le informaremos dicho cambio y le informaremos a otras personas que necesiten saber sobre dicho cambio en su expediente.

**Para solicitar una restricción en el uso o divulgación de su Información Médica Protegida.** Puede solicitarnos que limitemos la forma en que usamos o divulgamos su información, pero por lo general, no tenemos que aceptar su solicitud. Una excepción es que debemos aceptar una solicitud de no enviar Información Médica Protegida a un plan de salud para fines de pago u



# Hancock Public Health

Su líder reconocido en la salud poblacional

*Lindsay Summit, MPH, comisionada de la salud*



---

operaciones de atención médica si usted ha pagado la totalidad del producto o servicio relacionado. Si aceptamos total o parcialmente su solicitud, pondremos nuestro acuerdo por escrito y lo obedeceremos excepto en situaciones de emergencia. No podemos limitar los usos o divulgaciones que exige la ley.

**Para solicitar métodos de comunicación confidenciales.** Puede solicitar que nos comuniquemos con usted a una dirección determinada o de una manera determinada. Debemos acceder a su solicitud siempre que nos resulte razonablemente fácil hacerlo.

**Para averiguar qué divulgaciones se han realizado.** Puede obtener una lista que describe cuándo, a quién, por qué y qué parte de su Información Médica Protegida se ha divulgado durante los últimos seis años. Debemos responder a su solicitud dentro de los sesenta días de recibirla. Solo le cobraremos la lista si solicita más de una por año. La lista no incluirá divulgaciones realizadas a usted o para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica si no utilizamos registros médicos electrónicos, nuestro directorio de pacientes, seguridad nacional, cumplimiento de la ley y ciertas actividades de supervisión de la salud.

**Para recibir un aviso si sus registros se han visto comprometidos.** Hancock Public Health le notificará si hubo una adquisición, acceso, uso o divulgación de su Información Médica Protegida de una manera no permitida por la ley y que estamos obligados por ley a informarle. Revisaremos cualquier sospecha de infracción para determinar la respuesta adecuada según las circunstancias.

**Para obtener una copia impresa de este Aviso.** Si lo solicita, le entregaremos una copia impresa de este Aviso.

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, póngase en contacto con nosotros.

## **Cómo presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad**

Si considera que hemos infringido sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre su Información Médica Protegida, puede presentar una queja ante nuestra funcionaria de Privacidad escribiendo a Laura Reinhart APRN-CNP, directora de Enfermería, a [lreinhart@hancockph.com](mailto:lreinhart@hancockph.com).

También puede presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services) escribiendo a 200 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20201 o llamando al 1-877-696-6775.

No tomaremos ninguna medida contra usted si presenta una queja ante una o ambas personas.



# Hancock Public Health

Su líder reconocido en la salud poblacional

Lindsay Summit, MPH, comisionada de la salud



---

## **Cómo recibir más información sobre nuestras prácticas de privacidad**

Si tiene preguntas sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestra funcionaria de Privacidad, Laura Reinhart APRN-CNP, directora de Enfermería de Hancock Public Health.

La ley nos exige mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información Médica Protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro funcionario de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

Yo, el abajo firmante, por la presente certifico y doy fe de que he aceptado el tratamiento médico, las pruebas o recibir vacunas/pruebas de tuberculosis en Hancock Public Health. Por lo tanto, autorizo a los médicos y al personal a divulgar mi información médica o la de mi hijo menor a la compañía de seguros que proporcioné con el fin de determinar y recibir beneficios para las facturas médicas. Entiendo y reconozco que el personal médico presentará mi reclamación a la compañía de seguros en mi nombre. Además, comprendo que seré responsable de cualquier monto de mis facturas médicas que no estén cubiertas por mi póliza de seguro o reclamaciones, y que seré responsable de pagar todos los deducibles, tarifas, copagos y pagos de coseguro requeridos. Entiendo que cualquier parte de mis facturas médicas no cubierta por el seguro se me facturará a la dirección que he proporcionado. Esta firma también sirve como reconocimiento de que he recibido el *Consentimiento para el servicio y responsabilidad financiera y el Aviso de prácticas de privacidad*.

Firma del paciente/parte responsable y fecha: