



Su Información.

Su Derechos.

Nuestras Responsabilidades.

**Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo usted puede obtener acceso a esta información.**

**Por favor revísela cuidadosamente.**

## Sus Derechos

### **Usted tiene el derecho de:**

- Obtener una copia de su documento o registro médico electrónico
- Corregir su papel o registro médico electrónico
- pedir comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitar la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien para actuar por ti
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

## Sus Elecciones

### **Usted tiene algunas opciones en la forma en que utilizamos y compartimos información como:**

- Dile a familiares y amigos acerca de su condición
- Proporcionar atención de desastres
- Incluirte en un directorio del hospital
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

## Nuestros Usos y Disclosures

### **Podemos usar y compartir su información como:**

- Tratarlo
- Ejecutar nuestra organización
- Factura por sus servicios
- Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública
- hacer la investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o un director de funeraria
- Dirección de los trabajadores una indemnización , la policía, y otras solicitudes gubernamentales

# Sus Derechos

## **Cuando se trata de información sobre su salud, usted tiene ciertos derechos**

Esta sección explica sus derechos y nuestras responsabilidades para ayudarle.

### **Conseguir una copia de su registro médico electrónica o en papel**

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Proporcionaremos una copia o un Resumen de información sobre su salud, generalmente dentro de 30 días de su petición. Podemos cobrar una razonable, tarifa basada en los costos.

### **Consúltenos para corregir su expediente médico**

- Puede solicitarnos para corregir la información médica sobre usted que crees que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Nosotros mayo sayes "no" a su solicitud, Pero le diremos por qué en la escritura dentro 60 dias.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Usted puede pedirnos que en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o envíe un correo a una dirección diferente.
- Nosotros voluntad sayes "yes" a todas las solicitudes razonables.

### **Consúltenos para limitar lo que utilizamos o compartimos**

- usted nos puede pedir que no usemos o compartir cierta información de salud para Treatment , pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" Si afectaría su atención.
- Si usted paga por un servicio o cuidado de la salud artículo desembolso en su totalidad, Usted puede pedirnos no a compartir esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su compañía de seguros de salud. y podemos decir "yes" a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.

### **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Usted puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha lo preguntas, que compartimos con, y

- Incluimos todas las revelaciones con excepción de aquellos sobre el tratamiento, pago, y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquier nos pidió hacer). Te proporcionamos una contabilidad un año gratis pero cobrará un razonable, basado en costos cuota si pides otra dentro de 12 meses.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

- Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia de papel con prontitud.

### **Elige a alguien para actuar por ti**

- Si le ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos hará que la persona tenga esta autoridad y puede actuar para usted antes de tomar cualquier acción.

### **Presentar una queja si usted siente que sus derechos son violados.**

- Puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos contactando con nosotros utilizando la información en la Página 1.
- Usted puede presentar una queja con la oficina del Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos por los derechos civiles mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando 1-877-696-6775, o visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No talionaremos contra usted por haber presentado una queja

## Sus Elecciones

### **Para cierta información de salud, Usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos.**

Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hablar con nosotros. Dinos lo que quieres que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones.

### **En estos casos, usted tiene el derecho y la elección de decirnos a:**

- Compartir información con tu familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de alivio de desastre
- Incluir su información en un directorio del hospital

*Si no eres capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que está en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.*

### **En estos casos que nunca compartimos tu información a menos que usted nos da permiso por escrito:**

- fines de marketing
- Venta de la información
- Compartir la mayoría de las notas de psicoterapia

### **En el caso de recaudación de fondos:**

Podremos contactarlo para recaudación de fondos, Pero usted puede decirnos no comunicarnos con usted otra vez.

## Nuestros usos y revelaciones

### **¿Cómo nos suelen utilizar o compartir su información médica?**

Normalmente usamos o compartimos su información médica en los siguientes aspectos:

#### **Tratarlo**

*Podemos usar su información de salud y compartirlo con otros profesionales que tratan.*

*Ejemplo: Un médico te tratamiento para una lesión pide a otro médico sobre su estado de salud general.*

## **Factura por sus servicios**

*Podemos usar y compartir su información médica para bill y obtener el pago de los planes de salud u otras entidades.*

*Ejemplo: Le damos información a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.*

## **¿Cómo podemos utilizar o compartir su información médica?**

Estamos permitidos o necesarios para compartir su información de otras maneras— generalmente en formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que enfrentar muchas condiciones de la ley antes de que compartamos su información para estos propósitos. Para más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## **Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública**

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudando con productos retirados
- Informes de reacciones adversas a medicamentos
- Reporte cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o seguridad

## **¿Es la investigación**

Podemos utilizar o compartir su información para la investigación en salud.

## **Cumplir con la ley**

Vamos a compartir información sobre usted si leyes estatales o federales requieren, incluso con el Departamento de salud y servicios humanos si quiere ver que nosotros estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

## **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información médica con organizaciones de adquisición de órganos.

## **Trabajar con un médico forense o un director de funeraria**

Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando una persona muere.

## **Dirección de los trabajadores una indemnización , la policía, y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:

- Para las reclamaciones de compensación
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de la ley
- Con los organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para las funciones especiales del gobierno como militar, seguridad nacional, y los servicios de protección presidenciales

## **Responder a las demandas y acciones legales**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

# Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le dejaremos saber inmediatamente si se produce una infracción que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad describen en esta notificación y dan una copia del mismo.
- No utilizar o compartir su información que como se describe aquí a menos que nos dijiste que podamos en la escritura. Si nos dices que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si cambias de opinión.

Para más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Cambios a los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

## **Información Adicional**

Para preguntas sobre prácticas de privacidad de borde del río, por favor comuníquese con nuestro oficial de privacidad de HIPAA:

Wendy Lang  
1900 North Sunrise Drive  
St. Peter, MN 56082  
wlang@REHC.org  
507-934-8455

*Eficaz: Septiembre 23, 2013*  
*Form: 875.900S*