

## HIPAA – AVISO DE PRATICA DE PRICACIDAD DE CHI

### DECLARACIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

EL AVISO SIGUIENTE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE LA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.

(Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003)

Su información médica protegida puede divulgarse a otros profesionales de la salud dentro del personal de Community Health of South Florida, otros proveedores de atención médica por referencia y otras entidades cubiertas por estas disposiciones de privacidad con el fin de brindarle atención médica de calidad.

Su información de salud protegida puede divulgarse a su proveedor de seguros con el propósito de que Community Health of South Florida reciba un pago por proporcionarle los servicios de salud necesarios.

Su información de salud protegida puede divulgarse en relación con las operaciones de salud de Community Health of South Florida para incluir una evaluación interna de la calidad de los servicios que se le brindan y permitir que agencias externas revisen, certifiquen u otorguen licencias de los servicios de salud que se le brindan.

Su información médica protegida puede divulgarse a funcionarios públicos o policiales en caso de una investigación en la que sea víctima de abuso, delito o violencia doméstica.

Su información médica protegida puede divulgarse a otros proveedores de atención médica en caso de que necesite atención de emergencia.

Su información de salud protegida puede divulgarse a una organización de salud pública u organización federal en caso de una enfermedad contagiosa o para reportar un dispositivo defectuoso o un evento no deseado a un producto biológico (alimento o medicamento).

Su información de salud protegida puede divulgarse solo después de recibir su autorización por escrito. Tiene derecho a restringir la divulgación de su información médica protegida. Sin embargo, Community Health of South Florida puede optar por rechazar su solicitud de restricción si está en conflicto con brindarle atención médica de calidad o en caso de una situación de emergencia.

Puede revocar su permiso para divulgar información médica protegida en cualquier momento. Debe hacerse por escrito y contener una fecha de vigencia y una lista de la información de salud específica que se protegerá de la divulgación. NO se requiere que Community Health of South Florida acepte su solicitud.

Community Health of South Florida puede comunicarse con usted por mensaje telefónico, mensaje de texto o correo postal para recordarle cualquier cita, opciones de tratamiento de atención médica u otros servicios de salud que puedan ser de su interés.

Community Health of South Florida puede contactarlo con el fin de recaudar fondos para apoyar las operaciones de la organización.

Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su estado de salud.

Como parte del sistema de facturación de Community Health of South Florida, a todos los miembros de su familia inmediata se les facturará con un número de cuenta principal.

Recibirá un estado de cuenta mensual para toda la familia ('Facturación familiar'). El departamento de registro de Community Health of South Florida puede establecer una cuenta separada para cada miembro de la familia a solicitud escrita del paciente. Tiene derecho a revisar y fotocopiar cualquiera o todas las partes de su información médica protegida. Community Health of South Florida tiene el derecho de cobrar una tarifa razonable por fotocopiar dicha información.

Tiene derecho a solicitar cambios en su información médica protegida. Su solicitud debe hacerse por escrito y explicar por qué se debe modificar la información. Community Health of South Florida puede negar el cambio solicitado y, de ser así, proporcionarle una explicación por escrito de la denegación.

Tiene derecho a saber quién ha accedido a su información de salud protegida y con qué propósito. Su solicitud de divulgación de quién accedió a su información médica protegida debe hacerse por escrito al Oficial de Privacidad del Paciente que se detalla a continuación.

Tiene derecho a poseer una copia de este Aviso de privacidad si lo solicita. Esta copia puede ser en forma de transmisión electrónica o en papel.

Su información confidencial de atención médica no puede divulgarse para ningún otro propósito que el que se identifica en este aviso.

La ley exige que Community Health of South Florida proteja la privacidad de sus pacientes.

Mantendrá la confidencialidad de toda la información de atención médica del paciente y proporcionará a los pacientes una lista de deberes o prácticas que protegen la información médica.

Community Health of South Florida cumplirá con los términos de este aviso y se reserva el derecho de hacer cambios a este aviso y continuar manteniendo la confidencialidad de toda la información de atención médica. Los pacientes recibirán una copia de cualquier cambio en este aviso en su próxima visita a Community Health of South Florida.

Tiene derecho a presentar una queja ante Community Health of South Florida si cree que se han violado sus derechos a la privacidad. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, envíe su queja por escrito a:

Assistant Vice President of Risk Management and Compliance/Privacy Officer

Community Health of South Florida, Inc 10300 SW 216th Street Miami, FL 33190 305-235-8062

Todas las quejas serán investigadas. No se planteará ningún problema personal por presentar una queja. Para obtener más información sobre este Aviso de privacidad, comuníquese con:

Oficial de contacto de privacidad de Community Health of South Florida Teléfono: (305) 235-8062 Fax: (786) 245-2775

Este aviso es efectivo a partir de la fecha impresa en la parte superior de este documento. Esta fecha no debe ser anterior a la fecha en que se imprime o publica el aviso. Community Health of South Florida, Inc. es un centro de salud calificado federalmente reconocido por la Comisión Conjunta.