



THE COORDINATING CENTER  
INSPIRED SOLUTIONS

### **Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA**

**EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE UTILIZARÁ Y DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

**LEA ESTA NOTIFICACIÓN ATENTAMENTE.**

**Esta Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA (Notificación)** contiene datos importantes acerca de su información médica. Nuestra Notificación actual se encuentra en <https://www.coordinatingcenter.org/>. Usted también tiene derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación y puede solicitarnos una copia de esta Notificación en cualquier momento. Si ha recibido este Notificación electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación. Si tiene alguna pregunta acerca de esta Notificación, contáctese con la persona indicada a continuación en la parte 8.

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, **HIPAA**) impone numerosas exigencias sobre ciertos profesionales de la salud con respecto a cómo puede utilizarse y divulgarse cierta información médica personal, conocida como Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI). Esta Notificación describe cómo The Coordinating Center (El Centro), y cualquier tercero que ayuda en la administración del Centro, puede utilizar y divulgar su información de salud protegida para tratamiento, pago o atención médica y para otros propósitos permitidos o requeridos por ley. Esta Notificación también describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. “Información de salud protegida” es la información que el Centro mantiene o transmite, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, la salud o afección física o mental presente o futura y servicios de salud relacionados.

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Esta Notificación se aplica a todos los expedientes médicos que mantenemos.

Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de la presente Notificación para:

- Asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga confidencial.

- Notificarlo sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica.
- Cumplir con los términos de la Notificación actualmente vigente.

## **1. Cómo podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted.**

La **HIPAA** generalmente permite el uso y divulgación de su información médica sin su permiso para los propósitos de tratamiento de cuidado de la salud, actividades de pago y operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones, y otros, se describen en detalle a continuación. Tenga en cuenta que en esta Notificación no se muestran todos los usos o divulgaciones, sino que se dan ejemplos de los usos y divulgaciones más comunes.

- **Tratamiento:** podemos usar o divulgar información médica sobre usted para proporcionar y facilitar el tratamiento o los servicios médicos. Podemos revelar su información médica a los profesionales de la salud, incluidos médicos, enfermeras, técnicos y estudiantes de medicina que están involucrados en su cuidado. Por ejemplo, podríamos divulgar información acerca de usted a los médicos que lo atienden.
- **Pago:** podemos utilizar y divulgar, en el momento oportuno y de la manera adecuada, su información médica para determinar su elegibilidad para los beneficios, facilitar el pago para el tratamiento y servicios que reciba de nosotros, para determinar la cobertura y la responsabilidad de beneficios o para coordinar su cobertura. Por ejemplo, podemos revelar información sobre su historia clínica a su compañía de seguros de salud o terceros. Además, podemos compartir información médica con otra entidad para que nos ayuden en la recolección de los pagos adeudados por los servicios prestados.
- **Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar, en el momento oportuno y de la manera adecuada, información médica sobre usted para las operaciones del Centro, según sea necesario. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica en relación con: la realización de la evaluación de calidad y la mejoría clínica; la realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; la planificación y desarrollo empresarial como la gestión de costos; y la gestión de negocios y actividades administrativas generales del Centro. Por ejemplo, podemos utilizar su información para evaluar la eficacia de los programas.
- **Intercambio de información médica:** podemos compartir la información que obtenemos o generamos sobre usted con otros profesionales o entidades de salud a través de **Chesapeake Regional Information System for our Patients, Inc. (CRISP)**, un intercambio de información médica regional para Maryland y D.C. De acuerdo con la ley, su información médica se compartirá con este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y para ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones más informadas. **Puede “excluirse” y desactivar todos los accesos a su información médica disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando un formulario de Exclusión que deberá enviar a**

**CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org).** Los informes sobre salud pública y la información sobre sustancias peligrosas controladas como parte del Programa de Vigilancia de Medicamentos de Prescripción de Maryland (Maryland Prescription Drug Monitoring Program, PDMP) aún estarán disponibles para los prestadores, incluso si decide excluirse.

- **Actividades para la recaudación de fondos:** podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted para informarle acerca de nuestras actividades para la recaudación de fondos para beneficiar al Centro. La información que podemos utilizar incluye información demográfica (por ejemplo, su nombre, dirección, información de contacto, edad, sexo y fecha de nacimiento), cuándo recibió los servicios, en qué programa o departamento recibió los servicios, quién le proporcionó los servicios y el resultado de dichos servicios. Puede “renunciar” a recibir comunicaciones sobre la recaudación de fondos mediante las instrucciones para renunciar (o ser eliminado de la lista de correo) que se incluyen en todas las comunicaciones sobre la recaudación de fondos que afecte al Centro.

**Siempre trataremos de asegurarnos de que la información médica usada o divulgada se limite a un “grupo designado de archivos” y a la norma de “mínimo necesario”, incluido un “conjunto limitado de datos”, como se define en la HIPAA.** También podemos ponernos en contacto con usted para proporcionar información acerca de las opciones o alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

### **OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS**

- **Divulgación a terceros involucrados en su atención:** podemos revelar información médica sobre usted a un pariente, amigo o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre y cuando la información sea directamente relevante a la participación de esa persona en su atención médica o el pago de esa atención. Por ejemplo, si un miembro de la familia o un cuidador nos llama con el conocimiento previo de un reclamo y nos pide ayuda para verificar el estado de un reclamo, podemos acceder a ayudar a confirmar si el reclamo ha sido recibido y pagado.
- **Compensación de los trabajadores:** podemos revelar su información médica para la compensación de los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para el trabajo relacionado con lesiones o enfermedades.
- **Para cumplir con los requisitos federales y estatales:** divulgaremos su información médica cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, podemos revelar su información médica cuando así lo requiera el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos u otras agencias gubernamentales que nos regulan; agentes del orden público federales, estatales y locales; en respuesta a una orden judicial, citación u otro proceso legal; y para tratar asuntos de interés público según requiera o permita la ley (por ejemplo, la presentación de informes de abuso infantil y negligencia, las amenazas a la salud y la seguridad pública y por razones de seguridad nacional). Estamos obligados a divulgar información médica sobre usted a la Secretaría del Departamento de

Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si el Secretario está investigando o determinando el cumplimiento con la HIPAA, o a los funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. Podemos revelar su información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley (por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias).

- **Para evitar una amenaza seria contra la salud o la seguridad:** podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza seria contra su salud y su seguridad o contra la salud y la seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, solo se haría una divulgación a una persona capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos revelar su información médica en un procedimiento en relación con la licencia de un médico.
- **Militares y veteranos:** si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar su información médica según lo requieran las autoridades militares. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.
- **Socios comerciales:** podemos revelar su información médica a nuestros socios comerciales. Tenemos contratos con entidades (definidas como “socios comerciales” según la HIPAA) para que nos ayuden en nuestras operaciones. Celebraremos contratos con estas entidades y se les exigirá utilizar y divulgar su información médica únicamente como se nos permite hacerlo conforme a la HIPAA.
- **Otros usos:** Si usted es donante de órganos, podemos revelar su información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos, el trasplante de ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante del órgano o tejido. Podemos revelar su información médica a un forense o médico examinador. Si usted es un preso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de orden público, podemos revelar su información a la institución correccional o al funcionario de orden público.

**Los usos y divulgaciones que no sean los descritos en esta Notificación requerirán su autorización por escrito.**

*Se requiere su autorización por escrito para:*

- la mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia;
- los usos y divulgaciones de la PHI con fines comerciales, y
- las divulgaciones que constituyen la venta de la PHI.

**Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, pero no puede revocar su autorización si el Centro ya ha actuado en base a ella.**

Las leyes de privacidad de un estado particular u otras leyes federales pueden imponer una norma más estricta de privacidad. Si estas leyes más estrictas aplican y se sustituyen por las normas federales de derecho de prioridad, el Centro cumplirá con la ley más estricta.

## **2. Sus derechos con respecto a su información médica.**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

**Derecho a inspeccionar y copiar:** usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información médica en un conjunto designado de registros, siempre y cuando esa información se mantenga en el conjunto designado de registros.

- Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.
- Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la negativa. Si el Centro no mantiene la información de salud pero sabe dónde se mantiene, se le informará el lugar al que debe dirigir su solicitud.

**Derecho a modificar:** si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que modifiquemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una modificación durante el tiempo en que la información se mantenga por o para el Centro.

Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud.

Podemos negar su solicitud de modificación si no está formulada por escrito o si no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si nos pide modificar cualquiera de los siguientes datos:

- Información que no es parte de la información médica mantenida por o para el Centro.
- Información que no haya sido generada por nosotros, a menos que la persona o la entidad que generó la información ya no esté disponible para hacer la modificación.
- Información que no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar.
- Información que es exacta y completa.

**Derecho a recibir un informe de divulgaciones:** usted tiene derecho a solicitar un “informe de divulgaciones” (es decir, una lista de ciertas divulgaciones de su información médica que el Centro ha realizado). Generalmente, usted puede recibir un informe de divulgaciones si la divulgación es requerida por la ley, hecha en relación con las actividades de salud pública o en

situaciones similares como las enumeradas anteriormente como “Otros usos y divulgaciones permitidas”. Usted no tiene derecho a recibir un informe de divulgaciones en el lugar donde se realizó dicha divulgación:

- Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Para usted sobre su propia información médica.
- De manera incidental para otras divulgaciones permitidas.
- Cuando se haya otorgado una autorización.
- Para la familia o amigos involucrados en su cuidado (donde se permite la divulgación sin autorización).
- Por razones de seguridad nacional o de inteligencia o para instituciones correccionales o agentes del orden público en ciertas circunstancias.
- Como parte de un conjunto limitado de datos donde la información divulgada excluye información de identificación.

Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones debe presentar su solicitud, que deberá indicar un período de tiempo, el cual no podrá ser mayor a seis años ni incluir fechas anteriores al **14 de abril de 2003**. Su solicitud debe indicar de qué forma desea recibir la lista (por ejemplo, copia impresa o copia digital). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos que involucra proporcionar la lista. Le notificaremos del costo y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos.

No obstante lo anterior, puede solicitar un informe de divulgaciones de cualquier “historia clínica digital” (es decir, un registro electrónico de su información relacionada con la salud generada, reunida, gestionada y consultada por médicos y personal de atención médica autorizados), siempre y cuando presente su solicitud e indique un período que no supere los tres años anteriores a la fecha en que se solicita el informe. En el caso de cualquier historia clínica digital generada en su nombre el 1 de enero de 2009 o antes de esta fecha, este párrafo se aplicará a las divulgaciones hechas el 1 de enero de 2014 o después de esa fecha. En el caso de cualquier historia clínica digital generada en su nombre luego del 1 de enero de 2009, este párrafo se aplicará a las divulgaciones hechas el 1 de enero de 2011 o después de esa fecha o la fecha en la que obtuvimos la historia clínica digital.

**Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar una limitación en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago para su cuidado, como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, podría pedir que no utilicemos o divulguemos información sobre una cirugía que tuvo.

No tenemos obligación de aceptar su solicitud. Si el Centro acepta la solicitud, podrá cancelarse una restricción mediante su solicitud por escrito, el acuerdo entre usted y el Centro (incluido por vía oral), o de forma unilateral por el Centro para la información médica generada o recibida después de que el Centro le haya notificado que eliminó las restricciones y para tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito e indicarnos la siguiente información:

- Qué información desea limitar.
- Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos.
- Para quién desea que apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge).

A partir del 17 de febrero de 2010 (o cualquier otra fecha especificada como la fecha de vigencia en virtud de la ley aplicable), vamos a cumplir con cualquier solicitud de restricción si: (1) con excepción de lo requerido por la ley, la divulgación es para el Centro con el fin de llevar a cabo el pago o las operaciones de asistencia médica (y no para llevar a cabo el tratamiento) y (2) la información de salud protegida se refiere exclusivamente a un artículo de atención médica o servicio para el que se le ha pagado al profesional de salud involucrado de su propio bolsillo en su totalidad.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar que solo lo contactemos en el trabajo o por correo. No le preguntaremos sobre el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos, y le pedimos que la solicitud sea por escrito.

**Debe realizar cualquiera de las solicitudes descritas anteriormente a la persona que aparece en la parte 8 a continuación.**

### **3. Aviso de violación.**

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal y estamos comprometidos a proteger su información médica. Por otra parte, le notificaremos sobre el descubrimiento de cualquier “violación” de su información de salud protegida sin garantía como se define en la Ley HITECH (el "**Aviso de violación**"). Su aviso de violación será por escrito y se proporcionará a través de correo de primera clase, o alternativamente, por correo electrónico en caso de haber acordado previamente recibir este tipo de avisos por medios electrónicos. Si la violación involucra:

- Diez o más individuos para los que tenemos información de contacto insuficiente o desactualizada, en ese caso brindaremos un Aviso de violación individual alternativo mediante la publicación del aviso en el sitio web del Centro o en los principales medios de comunicación impresos o de difusión en el lugar los individuos afectados probablemente residan.
- Menos de diez individuos para los que tenemos información de contacto insuficiente o desactualizada, en ese caso brindaremos un Aviso de violación alternativo por un medio diferente.

Su Aviso de violación deberá entregarse sin demora excesiva antes de los 60 días siguientes al descubrimiento de una violación y deberá incluir, en la medida de lo posible, lo siguiente:

- Una descripción de la violación.
- Una descripción de los tipos de información involucrados en la violación.
- Las medidas que debería adoptar para protegerse del daño potencial.
- Una breve descripción de lo que estamos haciendo para investigar la violación, reducir el daño y prevenir futuras violaciones.
- La información de contacto pertinente del Centro.

Además, para cualquier Aviso de violación alternativo proporcionado a través de la publicación en el sitio web o en los principales medios de comunicación impresos o de difusión, el Aviso de violación deberá incluir un número de teléfono gratuito para que se comunique con nosotros y así determinar si su información de salud protegida se involucró en la violación.

#### **4. Modificaciones realizadas a esta notificación.**

Podemos cambiar los términos de esta Notificación en cualquier momento. En este caso, los nuevos términos y políticas se aplicarán a toda la información médica que ya tenemos sobre usted, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos cualquier aviso revisado en la dirección web que aparece en la página 1 de esta Notificación y usted puede solicitar una copia de la notificación revisada.

#### **5. Quejas.**

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en el Centro o en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en el Centro, póngase en contacto con la persona indicada a continuación en la parte 8.

Todas las quejas deben presentarse por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

#### **6. Otros usos de la información médica.**

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por esta Notificación o las leyes que aplican para nosotros se realizarán solamente con su autorización por escrito. Si usted nos concede permiso para utilizar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no podremos utilizar o divulgar información médica sobre usted por las razones definidas en su autorización por escrito. No podemos retirar ninguna divulgación que ya realizamos con su permiso.

#### **7. Fecha de vigencia.**

**La fecha de vigencia de esta Notificación es 1 de agosto de 2016.**

#### **8. Información de contacto.**



Todas las correspondencias relativas al contenido de esta Notificación deben destinarse a:

The Coordinating Center

**Oficial de privacidad**

8531 Veterans Highway, Third Floor

Millersville, Maryland 21108

(410) 987-1048

[privacy@coordinatingcenter.org](mailto:privacy@coordinatingcenter.org)



THE COORDINATING CENTER  
INSPIRED SOLUTIONS

**RECONOCIMIENTO DE THE COORDINATING CENTER  
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA**

Acepto que he recibido la Notificación de prácticas de privacidad (Notificación) de The Coordinating Center (el Centro) y que se me ha brindado la oportunidad de revisarla. Entiendo que:

- Tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida.
- El Centro puede utilizar y utilizará mi información médica para los fines de mi tratamiento, pago del tratamiento y operaciones de atención médica.
- La Notificación explica con más detalle cómo el Centro puede utilizar y compartir mi información de salud protegida para otros fines.
- Tengo derechos en relación con mi información de salud protegida, que se enumeran en la Notificación.
- El Centro tiene el derecho de cambiar la Notificación de vez en cuando y puedo obtener una copia impresa actualizada de la Notificación poniéndome en contacto con la persona que aparece en la Notificación y también puedo ver la Notificación actual publicada en <https://www.coordinatingcenter.org/>