

**Vigencia de este Aviso:**  
**Este Aviso entra en vigor a partir del 14 de abril de 2003.**

## CÓMO CONTACTARNOS

Vidant Health (VH) incluye las siguientes entidades. En la lista encontrará el número de teléfono principal y los números de contacto del funcionario de privacidad (*Privacy Officers*, en inglés).

<b>Vidant Health Privacy Officer</b> .....	252-847-6545
<b>Ahoskie Imaging, LLC</b> .....	252-209-8483
<b>Duplin Healthcare Services, LLC</b> .....	910-285-1799
<b>East Carolina Endoscopy Center</b> .....	252-847-4570
<b>Outer Banks Hospital</b> .....	252-449-4542
<b>Outer Banks Professional Services, LLC</b> .....	252-847-2181
<b>Radiation Services of North Carolina, LLC</b> .....	252-209-8483
<b>Vidant Beaufort Hospital</b> .....	252-975-4100
<b>Vidant Bertie Hospital</b> .....	252-794-6600
<b>Vidant Cancer Center at the Eddie and Jo Allison Smith Tower</b> .....	252-816-2273
<b>Vidant Chowan Hospital</b> .....	252-482-8451
<b>Vidant Duplin Hospital</b> .....	910-296-0941
<b>Vidant Edgecombe Hospital</b> .....	252-641-7700
<b>Vidant Endoscopy Center-Kinston</b> .....	252-233-3231
<b>Vidant Endoscopy Center-Tarboro</b> .....	252-563-1036
<b>Vidant Home Health and Hospice</b> .....	252-847-6225
<b>Vidant Medical Center</b> .....	252-847-4100
<b>Vidant Medical Group</b> .....	252-847-6156
<i>Funcionario de privacidad</i> .....	252-847-9559
<b>Vidant Roanoke-Chowan Hospital</b> .....	252-209-3000
<i>Funcionario de privacidad</i> .....	252-209-3270
<b>Vidant SurgiCenter</b> .....	252-847-7700
<i>Funcionario de privacidad</i> .....	252-847-7723

# AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. REVÍSELO CON MUCHA ATENCIÓN.

EN VIGOR A PARTIR DEL:  
VERSIÓN MÁS RECIENTE:

14 DE ABRIL DE 2003  
OCTUBRE DE 2018



**VIDANT HEALTH™**

VidantHealth.com

## Presentación general

Vidant Health incluye las siguientes entidades:  
(En la cubierta de atrás encontrará una lista detallada.)

**Ahoskie Imaging, LLC**  
**Duplin Healthcare Services, LLC**  
**East Carolina Endoscopy Center**  
**Outer Banks Hospital**  
**Outer Banks Professional Services, LLC**  
**Radiation Services of North Carolina, LLC**  
**Vidant Beaufort Hospital**  
**Vidant Bertie Hospital**  
**Vidant Cancer Care at the Eddie and Jo Allison Smith Tower**  
**Vidant Chowan Hospital**  
**Vidant Duplin Hospital**  
**Vidant Edgecombe Hospital**  
**Vidant Endoscopy Center-Kinston**  
**Vidant Endoscopy-Tarboro**  
**Vidant Home Health & Hospice**  
**Vidant Medical Center**  
**Vidant Medical Group**  
**Vidant Roanoke-Chowan Hospital**  
**Vidant SurgiCenter**

(Consulte nuestro sitio web en <https://vidanthealth.com> para la lista más reciente)

## Nuestras prácticas de privacidad

Como un importante centro de salud y educación, Vidant Health se esfuerza por apoyar a las comunidades médicas locales y por trabajar conjuntamente con los proveedores de salud de educación toda la región para ofrecer una atención de calidad. Su privacidad es importante para nosotros y es nuestra política respetar su privacidad cuando usted es nuestro paciente.

## Resumen de su derecho a la privacidad

Vidant Health tiene la obligación legal de proteger su información de salud. Vidant Health podría usar y revelar su Información de Salud Protegida (*Protected Health Information*—PHI, por sus siglas en inglés) sin su autorización bajo las siguientes circunstancias:

## Programas de tratamiento de alcohol y drogas patrocinados por el gobierno federal

Si usted recibe atención a través de un programa de tratamiento de alcoholismo y drogas que recibe fondos federales, su información de salud podría ser revelada sin su consentimiento por escrito solamente en los siguientes casos:

- Dentro del programa como parte de las actividades relacionadas con el diagnóstico de su dependencia, tratamiento y remisiones para recibir tratamiento.
- En casos de emergencia.
- Cuando lo exige una orden judicial, emitida conforme a las regulaciones existentes.
- Para comunicarnos con los agentes del orden público acerca de un delito o posible delito que pudiera ocurrir en la sede del programa o contra algún miembro del personal del programa.
- A personal acreditado para realizar una investigación, auditoría o actividades de evaluación.
- Para cumplir con las leyes estatales que exigen que se reporten situaciones de abuso o de trato negligente hacia menores.

## Inspecciones e investigaciones

Algunos de nuestros servicios y instalaciones están sujetos a inspecciones por parte de representantes del Estado quienes, como parte de este proceso, pueden examinar la información de salud de los pacientes. Si usted recibe servicios de nuestras agencias de atención a enfermedad terminal, servicios de salud a domicilio, del centro de cirugía ambulatoria o del programa de rehabilitación cardíaca ambulatoria, se lo notificaremos por escrito y tendrá la oportunidad de oponerse a que su información sea examinada antes de proceder a revelar la misma.

## Menores no emancipados

Si usted es menor de 18 años, no está casado y no ha sido emancipado por orden judicial, puede dar su consentimiento para recibir tratamiento en los casos a continuación sin necesidad de la autorización de sus padres, y, por lo tanto, puede ejercer los derechos y autoridad descritos en este aviso en situaciones tales como: tratamiento de enfermedades venéreas, embarazo, abuso de drogas y/o alcohol y trastornos emocionales. Sin embargo, se harán excepciones a esta ley si su médico estima que sus padres o tutores deben tener conocimiento porque su vida o su salud corren serio peligro, o si sus padres o tutores se comunican directamente con el médico con respecto al tratamiento de estas enfermedades o trastornos.

\* \* \* \*

## Servicios de salud mental

Una o más de las instalaciones que se rigen por este Aviso podrían tener la obligación de mantener información confidencial relacionada con servicios de salud mental, tales como tratamientos por enfermedades mentales, discapacidad del desarrollo o abuso de sustancias. Dicha información no será revelada sin su consentimiento por escrito, excepto en ciertas circunstancias que potencialmente incluiría las siguientes:

- a personas dentro de nuestra instalación que participan en su tratamiento o rehabilitación,
- a otras instalaciones cuando sea necesario para coordinar atención médica, tratamiento o rehabilitación apropiados y eficaces,
- a su familiar más cercano si usted lo solicita, y si dicho familiar participa legítimamente en su tratamiento,
- cuando en nuestra opinión, existe un peligro inminente contra la salud o la seguridad de otra persona,
- a un proveedor de servicios auxiliares,
- a una agencia estatal o gubernamental si creemos que usted reúne los requisitos para recibir beneficios de carácter económico a través de una de estas agencias,
- a investigadores médicos si existe la necesidad justificada y documentada de contar con dicha información,
- para reportar sospechas de negligencia o abuso de conformidad con la ley,
- para enviar otros reportes al Estado, de conformidad con la ley,
- por orden judicial,
- a un abogado de la fiscalía y a su propio abogado si usted fuera acusado por lo penal y el tribunal exigiera un examen de su estado mental,
- a la oficina del Procurador General cuando la información sea necesaria para realizar las funciones legales del Procurador General,
- a nuestro abogado si dicha información es pertinente en una demanda legal o litigio contra nuestra instalación, y
- a un abogado, cuando usted lo solicite.

Además, si determinamos que el relevar su información lo beneficia, podemos: ( i ) revelar información sobre su ingreso o alta médica a su familiar más cercano y ( ii ) revelar información confidencial a fin de completar una solicitud de hospitalización involuntaria o petición ante un tribunal para declararlo incompetente.

Si su PHI lo puede identificar como un paciente que abusa sustancias, dicha información puede estar sujeta a una protección más estricta y daremos cumplimiento a las leyes que limite divulgar la misma.

- Para prestarle tratamiento médico
- Para obtener pago por los servicios prestados
- Para operaciones de uso interno
- Bajo ciertas otras circunstancias

Además

- Usted se puede oponer a ciertos usos y revelaciones.
- Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas médicas.
- Podemos comunicarnos con usted para ofrecerle información sobre tratamientos, servicios, productos y proveedores de atención médica.
- Podemos comunicarnos con usted como parte de nuestras actividades de recaudación de fondos.

Usted tiene varios derechos con respecto a su PHI:

- Tiene derecho a presentar una queja o reclamo formal sobre nuestras prácticas de privacidad.
- Tiene derecho a solicitar restricciones en cómo se usa y se divulga su PHI.
- Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por diferentes vías.
- Tiene derecho a una copia de su PHI.
- Tiene derecho a solicitar una enmienda de su PHI.
- Tiene derecho a recibir una lista que muestre las revelaciones que hemos hecho de su información.
- Tiene derecho a recibir una copia completa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

## Nuestra obligación de proteger su información

### Se nos exige hacer lo siguiente:

Se nos exige proteger la privacidad de su información de salud que puede identificarlo a usted, la cual llamamos información de salud protegida (PHI). Debemos notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI:

- Debemos proteger la PHI que hemos creado o recibido sobre su estado de salud pasado, presente o futuro, la atención médica que le brindamos o el pago de la misma.
- Debemos informarle cómo protegemos su PHI.
- Tenemos que explicarle cómo, cuándo y por qué usamos y/o revelamos su PHI.
- Solo podemos usar y/o revelar su PHI tal como hemos descrito en este Aviso.
- Debemos notificarlo con suficiente tiempo si nosotros adquirimos,

accedemos, usamos o revelamos su PHI en una manera que no es permitida bajo las provisiones de este Aviso y que compromete la seguridad y privacidad de su PHI.

- Se nos exige cumplir con los procedimientos de este Aviso.
- Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este Aviso y a implementar las nuevas disposiciones que tendrán efecto sobre toda la PHI con que contamos, pero primero tenemos que:
  - Publicar el nuevo Aviso modificado en nuestras instalaciones.
  - Poner a su disposición copias del nuevo Aviso, cuando así lo solicite (ya sea en nuestras instalaciones o por medio de los funcionarios de privacidad cuyos datos aparecen al final de este Aviso), y
  - Publicar el nuevo Aviso en nuestro sitio de Internet.

### **Cómo podemos usar y divulgar su información** **Podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización en las siguientes circunstancias:**

**General:** Podemos usar y revelar su Información Médica Protegida (PHI) para brindar, coordinar o gestionar su atención médica y servicios conexos. Esto puede incluir comunicarnos con otros proveedores de atención médica sobre su tratamiento así como coordinar y gestionar su atención médica con terceros. Por ejemplo, podemos usar y revelar su PHI cuando necesita una receta médica, análisis de laboratorio, radiografías u otros servicios de salud. Además, podemos usar y revelar su PHI cuando lo remitimos a otro proveedor de atención médica.

**Ejemplo:** El médico que lo atiende por una fractura de pierna quizás necesite saber si usted padece de diabetes, pues la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Asimismo, es posible que el médico tenga que decirle al nutricionista que usted tiene diabetes para que le puedan preparar comidas adecuadas. Podría ser necesario que los departamentos del hospital compartieran su PHI para coordinar los diferentes servicios que usted podría necesitar, tales como recetas médicas, análisis de laboratorio y radiografías. También podríamos revelar su información a personas externas al hospital que podrían participar en su atención médica después de ser dado de alta, como lo son los proveedores de atención médica domiciliaria u otras personas que le prestan servicios como parte de su atención médica.

**Ejemplo:** Su médico puede compartir su información médica con otro proveedor de atención médica. Por ejemplo, si lo remiten a otro médico, ese médico tendrá que saber si usted es alérgico a algún medicamento. Igualmente, su médico podría compartir su PHI con una farmacia cuando llame a recetarle un medicamento.

emergencia, en cuyo caso, lo haremos lo antes posible). También puede encontrar este Aviso en nuestro sitio web: <https://vidanthealth.com>.

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso y a implementar las nuevas disposiciones que tendrán efecto sobre toda la PHI con que contamos. Si modificamos el Aviso, le enviaremos una copia cuando usted lo solicite.

### ***Usted puede presentar una queja formal acerca de nuestras prácticas de privacidad.***

Si usted cree que hemos infringido sus derechos de privacidad o si desea presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, se puede poner en contacto con uno de los funcionarios de privacidad cuyos datos aparecen en el reverso de este Aviso. Todas las quejas serán investigadas para intentar resolver cualquier problema que usted pudiera tener. También puede enviar una queja formal por escrito al Secretario(a) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América (United States Secretary of the Department of Health and Human Services). Si usted presenta una queja formal, no tomaremos ninguna represalia en su contra, ni cambiaremos nuestra forma de atenderlo de ninguna manera.

### **Protecciones especiales**

En ciertos casos, la ley de Carolina del Norte o la ley federal puede ofrecer protección adicional con respecto a su PHI. En las siguientes situaciones, seguiremos las prácticas que se describen en esta sección antes de usar o revelar la PHI afectada de acuerdo con el resto de este Aviso.

#### ***Tratamiento de individuos con fármaco dependencia***

Si usted solicita tratamiento y rehabilitación por fármaco dependencia, no revelaremos su nombre a la policía ni a otro agente del orden público, a menos que usted dé su autorización.

#### ***Enfermedades contagiosas***

Si usted padece de una enfermedad contagiosa (por ejemplo, tuberculosis, sífilis o VIH/SIDA), la información relacionada con su enfermedad se manejará de forma confidencial. Solo revelaremos dicha información bajo las siguientes circunstancias: 1) para propósitos estadísticos de manera que no se revele su identidad; 2) con su consentimiento por escrito o el de su tutor; 3) a otro miembro del personal de atención médica que lo atiende; 4) para proteger la salud pública y de conformidad con una regulación; 5) para reportar su caso como exige la ley; 6) de conformidad con una citación u orden judicial; 7) en cualquier otro caso, siempre que lo autorice o exija la ley.



### ***Usted tiene derecho a solicitar que se enmiende su PHI.***

Usted tiene derecho a solicitar que hagamos correcciones a su historia clínica, registros de facturación y otros que se usan para tomar decisiones sobre usted. Debe hacer su solicitud por escrito y debe explicar la razón o razones de la enmienda.

Podríamos denegar su solicitud si: (1) la información no fue creada por nosotros (a menos que usted demuestre que el autor de la información no está disponible para corregirla); (2) la información no forma parte de los registros que se usan para tomar decisiones sobre usted; (3) creemos que la información es correcta y está completa; o (4) usted no tiene derecho a ver y copiar la información, como se explica en el párrafo anterior. Le explicaremos por escrito las razones que justifican la denegación así como su derecho a presentar una declaración escrita expresando su desacuerdo.

Si aceptamos su solicitud para enmendar la información, haremos todos los esfuerzos razonables por informar a otras personas sobre dichas correcciones, esto incluye a las personas que usted nos indique que han recibido su PHI y que necesitan la información corregida. Para solicitar una enmienda de su PHI, póngase en contacto con el departamento de expedientes médicos de su proveedor de salud.

### ***Usted tiene derecho a recibir una lista de las revelaciones que hemos hecho.***

Usted tiene derecho a recibir una lista escrita sobre ciertas divulgaciones de su PHI. Puede solicitar divulgaciones hechas hasta seis años antes de su solicitud. No tenemos la obligación de incluir información revelada:

- para su tratamiento
- para facturación y cobranza del pago de su tratamiento
- para nuestras operaciones de atención médica
- por solicitudes hechas por usted, que usted autorizó o que se hicieron a personas involucradas en su cuidado, y
- permitida por la ley (vea los ejemplos de las páginas 7-9)

La lista incluirá la fecha de la revelación, el nombre (y dirección, si está disponible) de la persona u organización que recibió la información, una breve descripción de la información revelada y el propósito. Si usted solicita la lista más de una vez dentro de un período de 12 meses, le podemos cobrar una tarifa razonable. Para solicitar dicha lista, póngase en contacto con el departamento de expedientes médicos de su proveedor de salud.

### ***Usted tiene derecho a una copia de este Aviso.***

Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este Aviso cuando lo desee. Póngase en contacto con la persona encargada de registrarlo o con su proveedor de salud. Le proporcionaremos una copia el mismo día que recibe nuestros servicios por primera vez (excepto en situaciones de

## **Intercambios de información de salud**

### ***Podemos usar y divulgar su PHI para propósitos de tratamiento.***

Intercambio de Información Médica Electrónica (HIE, por sus siglas en inglés): Esta instalación puede que participe en una red de intercambios de información de salud electrónica que permiten que la información del paciente se comparte con los proveedores que están involucrados en su atención médica. Estos intercambios proporcionan una forma rápida, segura y confiable de procesar la información de salud para los proveedores. La información de salud se divulga conforme a los lineamientos que se encuentran en el AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y a las leyes federales y estatales. Los pacientes tienen el derecho de optar a no participar en la red de intercambio de información de salud electrónica. Puede completar el Formulario para optar no participar en [www.vidanthhealth.com](http://www.vidanthhealth.com) o informar al personal de inscripciones. Si usted opta por no participar, los proveedores deberán solicitar y recibir su información utilizando otros métodos, como fax o correo.

Si usted previamente optó por no participar en la red de intercambio de información de salud electrónica y le gustaría optar por utilizarla, puede obtener un formulario en el sitio web de Vidant Health o con el personal de matrículas e inscripciones. Complete el formulario y devuélvalo a la dirección indicada en el formulario o al personal de registro.

Podemos participar en NC HealthConnex (el intercambio de información de salud de Carolina del Norte, "NC Exchange") a través de la Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (NC HIEA) o iniciativas similares. Si participamos en NC Exchange, compartiremos su PHI con NC Exchange y podemos usar NC Exchange para tener acceso a su PHI. El tener acceso a su PHI permitirá que los proveedores que lo estén tratando tomen decisiones mejor informadas acerca de su cuidado. Optar a no participar puede impedir que los proveedores obtengan PHI beneficiosa para su tratamiento. Si no desea que los participantes de NC Exchange tengan acceso a su PHI, puede optar no participar enviando un formulario directamente a NC Exchange. El formulario para optar no participar puede descargarse directamente de la página web de la Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (<https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>). Puede rescindir su decisión de optar a no participar utilizando el mismo formulario. La información que explica los beneficios del NC Exchange y las instrucciones de cómo optar a no participar o rescindir su decisión de optar a no participar están disponibles en la página web de NC Exchange. Aunque usted opte por no participar en NC Exchange, podemos usar o divulgar su PHI disponible en NC Exchange para propósitos de investigación o de salud pública autorizados por la ley. Su decisión de optar a no participar no afectará nuestra obligación de divulgar su PHI al NC Exchange cuando usted reciba servicios de hospital que son pagados por Medicaid u otras fuentes de fondos del Estado de Carolina del Norte.

### **Podemos usar y revelar su PHI para obtener pago por los servicios prestados.**

En general, podemos usar y revelar su información médica a terceros que se dedican a emitir facturas y a cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. Podemos compartir información sobre estos servicios con la(s) compañía(s) de seguro médico antes de que usted reciba los servicios programados, con el fin de solicitar cobertura por medio de su plan o póliza y de recibir autorización de pago. También podemos compartir cierta información médica con los siguientes:

- Departamentos de facturación.
- Departamentos u organizaciones de cobranza.
- Planes de salud y compañías de seguros médicos que le brindan cobertura y los representantes de las mismas.
- Departamentos del hospital que evalúan la calidad y el costo de la atención médica que recibió.
- Organizaciones que mantienen información crediticia sobre los consumidores (p.ej., entidades que proporcionan información sobre la solvencia crediticia de empresas e individuos)

**Ejemplo:** Digamos que usted se fracturó una pierna. Es posible que tengamos que darle información a su(s) compañía(s) de seguro médico acerca de su estado, los utensilios médicos utilizados (yeso para enyesarle la pierna, muletas) y los servicios que recibió (tales como radiografías o cirugía). Esta información se envía al departamento de facturación y a su plan de seguro médico para que nos paguen la factura o para que lo reembolsen a usted. También podríamos enviar esta información a nuestro departamento interno encargado de evaluar la atención brindada por su enfermedad o lesión.

### **Podemos usar y revelar su Información Médica Protegida para operaciones de atención médica.**

Podemos usar y revelar su PHI en el curso de nuestra actividad empresarial, lo que denominamos operaciones de atención médica. Estas operaciones de atención médica nos permiten mejorar la calidad de la atención que prestamos y reducir los costos de la misma. Podemos usar y revelar su PHI al desempeñar ciertas actividades empresariales por separado o como parte de nuestra participación en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (*Organized Health Care Arrangement – OHCA*, por sus siglas en inglés) con los Componentes del Cuidado de Salud de East Carolina University (*ECU Health Care Components*) o como parte de un Acuerdo OHCA con los miembros acreditados y privilegiados de nuestro personal médico. Los ejemplos de cómo podemos usar y revelar su PHI por concepto de operaciones de atención médica incluyen:

### **Tiene derecho a solicitar que utilicemos formas diferentes de comunicación para usted.**

Normalmente le contactaremos por teléfono o por correo a la dirección de su casa. Usted puede solicitar que le contactemos por métodos alternos o en ubicaciones alternas. Aceptaremos solicitudes razonables pero, cuando sea adecuado, podemos exigir que nos proporcione información relacionada con la forma en que se manejará el pago, si la hubiera. Puede solicitar comunicaciones alternas si lo notifica a la persona que le registra o a su proveedor de atención médica.

*Todos los siguientes derechos requieren que usted presente una solicitud escrita ante nosotros. Si desea ejercer cualquiera de estos derechos, contacte al funcionario de Privacidad para la entidad adecuada enumerada en la última página de este aviso.*

### **Tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y revelación de su PHI.**

Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso y revelación de información sobre su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *No tenemos* la obligación de cumplir con su solicitud de restricciones excepto en circunstancias limitadas en las que usted o alguien más en nombre suyo paga por un artículo o servicio y usted solicita que la información relacionada con ese artículo o servicio no sea revelada a un seguro médico. Sin embargo, aún cuando aceptemos su solicitud, existen ciertas circunstancias en las que no se nos permite cumplir su solicitud de restricción. Esas circunstancias incluyen tratamientos de emergencia, revelaciones al Secretario(a) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), así como los usos y revelaciones descritas en las secciones anteriores de este Aviso.

### **Usted tiene derecho a ver y recibir una copia de su PHI.**

Usted tiene derecho a presentar una solicitud para ver y recibir una copia de la PHI incluida en su historia clínica, registros de facturación u otros que se utilizaron para tomar decisiones acerca de usted. Podríamos cobrarle los costos correspondientes. En lugar de entregarle una copia completa de la PHI, le podríamos dar un resumen o explicación de su información, si usted acepta de antemano el formato y el costo de dicho resumen o explicación. En ciertas situaciones, no estamos obligados a dar cumplimiento a su solicitud. En ese caso, le contestaremos por escrito, explicándole por qué no podemos satisfacer su solicitud así como los derechos que pudiera tener de apelar nuestra denegación. Para ver y recibir una copia de su PHI, póngase en contacto con el departamento de expedientes médicos de su proveedor de salud.

### **Podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre tratamientos, servicios, productos y proveedores de atención médica.**

Podemos usar y/o revelar su PHI para gestionar o coordinar su atención médica. Esto incluye brindarle información sobre tratamientos, servicios, productos y otros proveedores de atención médica. También podemos usar y revelar la PHI para obsequiarle regalos de poco valor.

**Ejemplo:** Si le diagnostican diabetes, le podemos informar sobre servicios de nutrición o consejería que pudieran ser de su interés.

### **Podemos comunicarnos con usted como parte de nuestras actividades de recaudación de fondos.**

Podríamos usar información limitada para que se comuniquen con usted con el objetivo de recaudar fondos para una instalación de Vidant Health. También podemos proporcionar esta información a nuestra fundación relacionada institucionalmente para el mismo propósito. El dinero recaudado se usará para extender y mejorar los servicios y programas que proporcionamos a la comunidad. Puede excluirse de recibir comunicaciones futuras de recaudación de fondos en cualquier momento.

### **Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización escrita**

Le pediremos autorización escrita antes de usar o revelar su PHI para propósitos no descritos en este Aviso, incluyendo la mayoría de propósitos de mercadeo o si buscamos vender su información. Si usted firma una autorización escrita en la que nos permite revelar su PHI en una situación específica, posteriormente puede retirar su autorización por escrito.

Si usted retira su autorización, no revelaremos su PHI a partir del momento en que recibamos su solicitud de cancelación, excepto aquellas revelaciones que ya estaban en trámite antes de recibir dicha solicitud o que se permiten de otra manera en este Aviso.

### **Sus derechos en virtud de este aviso**

#### ***Derecho a notificación sobre un incumplimiento.***

Usted tiene derecho a solicitar que le notifiquemos en caso de que usemos el acceso o divulguemos su PHI de manera inadecuada.

#### ***Derecho a recibir una copia escrita de este aviso.***

Tiene derecho a recibir una copia escrita de este aviso, cuando lo solicite, aún si usted estuvo de acuerdo en recibir el aviso en forma electrónica.

- Examinar y mejorar la calidad, eficiencia y costos de la atención que le brindamos a usted y al resto de los pacientes. Por ejemplo, podemos usar su PHI para ayudar a nuestros proveedores de atención médica y personal a decidir qué tratamiento médico deben prestarle a otros pacientes.
- Mejorar la atención médica y reducir los costos para grupos de personas que presentan problemas de salud similares y ayudar a gestionar y coordinar la atención para estos grupos. Podemos usar su PHI para identificar a personas con problemas de salud similares y poder brindarles información sobre alternativas a su tratamiento, clases o nuevos procedimientos.
- Examinar y evaluar las habilidades, capacidades y el desempeño de los proveedores de atención médica que lo atienden. Por ejemplo, a usted lo podría contactar una agencia de encuestas para preguntarle sobre su experiencia, pero en ese momento usted podría rehusarse a responder las preguntas si así lo desea. Si usted no quiere que la agencia de encuestas lo contacte, puede optar por retirarse si le notifica al personal de registro del hospital.
- Ofrecer programas de capacitación para estudiantes, aprendices, proveedores de atención médica y el personal no clínico (tal como auxiliares de cobros o auxiliares administrativos, etc.) para que practiquen y mejoren sus habilidades.
- Cooperar con organizaciones externas encargadas de evaluar la calidad de la atención médica que nosotros y otras entidades proporcionan. Estas organizaciones pueden incluir dependencias del gobierno o entidades de acreditación como La Joint Commission.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan, certifican u otorgan licencias a los proveedores de atención médica, al personal o a las instalaciones en un campo o especialidad en particular. Por ejemplo, podemos usar o revelar PHI para que alguien de nuestro personal de enfermería obtenga certificación en un campo específico como la enfermería pediátrica.
- Ayudar a varias personas que evalúan nuestras actividades. Por ejemplo, su PHI puede ser vista por médicos que examinan los servicios que le han prestado a usted, y por contadores, abogados y otras personas que nos asisten en el cumplimiento de las leyes pertinentes.
- Planear las operaciones futuras de nuestra organización, así como la recaudación de fondos en beneficio de la misma.
- Llevar a cabo actividades de gerencia empresarial y de administración en general relacionadas con nuestra organización y los servicios que presta, así como brindar información.

- Resolver las quejas formales dentro de nuestra organización.
- Evaluar nuestras actividades así como el uso y revelación que hacemos de la PHI en caso de que vendamos nuestro negocio o propiedad, o que le cedamos control de nuestro negocio o propiedad a otra entidad.
- Cumplir con este Aviso y con las leyes pertinentes.

***Podemos usar y/o revelar su PHI en ciertas circunstancias que no requieren su autorización o acuerdo, conforme enumeramos a continuación.***

- Cuando se trata de una obligación impuesta por la ley. Por ejemplo, cuando una ley federal, estatal o local o un procedimiento judicial o administrativo exige el uso y/o revelación.
- Cuando revelamos información por razones de salud pública. Por ejemplo, podemos revelar su PHI si usted ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa o si pudiera estar en peligro de contraer o propagar una enfermedad.
- Cuando revelamos información de una víctima de maltrato o negligencia.
- Cuando el uso y/o revelación se relaciona con actividades de supervisión de prestación de servicios médicos. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a una dependencia estatal o federal de supervisión de servicios médicos, que tiene la autoridad legal para fiscalizar nuestras operaciones.
- Cuando la revelación se hace para algún procedimiento judicial o administrativo. Por ejemplo, podemos revelar su PHI en respuesta a una orden judicial de un tribunal de leyes o administrativo.
- Cuando revelamos información a una agencia del orden público. Por ejemplo, podemos revelar su información para cumplir con las leyes que exigen que reportemos cierto tipo de heridas u otras lesiones físicas.
- Cuando revelamos información de personas fallecidas. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a un funcionario encargado de investigar las muertes violentas, repentinas o sospechosas o al médico forense para poder identificarlo, si usted falleciera.
- Cuando el uso y/o revelación se relaciona con la donación de órganos, ojos o tejidos de una persona fallecida.
- Cuando el uso y/o revelación se relaciona con investigaciones médicas. En ciertas circunstancias, podemos revelar su PHI para investigaciones médicas.

- Cuando el uso y/o revelación se hace para impedir un grave peligro a la salud o a la seguridad. Por ejemplo, podemos revelar su PHI para prevenir o atenuar un peligro serio e inminente a la salud o seguridad de otra persona o del público en general.
- Cuando el uso y/o revelación se relaciona con funciones especializadas del gobierno. Por ejemplo, podemos revelar su PHI si se relaciona con actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia o servicios de protección al Presidente.
- Cuando el uso y/o revelación se hace a una institución correccional y en otras situaciones en las que usted está bajo custodia de una agencia del orden público. Por ejemplo, en ciertas circunstancias, podemos revelar su PHI a una institución correccional que tenga custodia legal sobre su persona.

***A menos que usted se oponga, podemos usar o revelar su PHI en las siguientes circunstancias:***

- Para mantener nuestro directorio de las instalaciones. Si una persona pregunta por usted indicando su nombre, revelaremos únicamente su nombre, habitación y estado de salud. También podemos revelar su afiliación religiosa a miembros del clero.
- Podemos compartir con un familiar, pariente, amigo u otra persona identificada por usted, su PHI directamente relacionada con el grado de participación de dicha persona en su cuidado o en el pago de su atención médica. Podemos compartir con un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención, la PHI necesaria para notificarles dónde se encuentra usted, su estado general o fallecimiento.
- Podemos compartir su PHI con una entidad pública o privada (por ejemplo, la Cruz Roja Americana) con el propósito de que usted reciba ayuda en situaciones de catástrofe. Si fuera necesario en situaciones de emergencia, podríamos compartir su PHI aunque usted se opusiera.

Si usted quisiera oponerse a nuestro uso o revelación de su PHI en las circunstancias descritas anteriormente, sírvase llamar al Funcionario de Privacidad adecuado cuyos datos aparecen en el reverso de este Aviso.

***Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas.***

Podemos usar y/o revelar su PHI para ponernos en contacto con usted y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica.