

## AVISO DERECHOS DE SALUD

*Este aviso describe cómo la información sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo se puede obtener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado y firme el formulario.*

### ENTENDER SU INFORMACIÓN DE SALUD

Cada vez que visita un hospital, médico ó otro proveedor de atención médica, se hace un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para atención o tratamiento futuro. Esta información, a la que nos referimos como su historia médico o de salud, es una parte esencial de la atención médica que le brindamos. Sirve como:

- Base para planificar su atención y tratamiento
- Medios de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su atención
- Documento legal que describe la atención que recibe
- Medios por los cuales usted o un tercero pagador pueden verificar que los servicios facturados fueron realmente prestados
- herramienta para educar profesionales de la salud
- Recursos de datos para la investigación médica
- Recurso de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de la nación
- Recurso de datos para la planificar programas de salud
- herramienta con la que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar los servicios que proveemos

Su registro de salud contiene información de salud personal. Está información esta protegida por las leyes estatales y federales.

Ayuda a:

- asegurar su exactitud
- entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué sus proveedores de atención médica y otros pueden tener acceso a su información de salud
- a tomar decisiones más informadas cuando autorizar divulgación de información a los demás

## SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Aunque su registro de salud es propiedad física del profesional de la salud o instalación que lo compiló, la información le pertenece a usted. En virtud de las normas federales de Privacidad 45 CFR Parte 184-usted tiene el derecho de:

- Recibir notificación de los usos y divulgaciones que esperan para hacer con su salud información, incluyendo una copia impresa de la notificación si se solicita, conforme a lo dispuesto en la Regla 520
- Solicitar restricciones adicionales sobre los usos y divulgaciones de su información de salud (*aunque estamos no obligados a aceptar otras solicitudes*), o solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en lugares alternativos, según lo dispuesto en 45 CFR 164.522.
- Inspeccionar y obtener copia de su expediente médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.526.
- Obtenga un informe de las divulgaciones de su información de salud realizadas después del 14 de abril de 2003, para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, según lo dispuesto en 45 CFR 164.528

## SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

### Nuestras Responsabilidades

#### **Las Reglas Federales de Privacidad nos exigen:**

- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Obtener un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la salud información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumplir con los términos de esta notificación, de los siguientes derechos.

*Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de información de salud y las condiciones de esta notificación, y para proteger su información de salud. Si nuestras prácticas de información en salud cambia, le mandamos un aviso revisado. No utilizamos o divulgar su salud sin su consentimiento o autorización, excepto según se describe en este aviso.*

### **USOS Y DIVULGACIONES PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE SALUD, BASADAS EN SU CONSENTIMIENTO**

Por ejemplo: La información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de la oficina de *EBS Early Intervention* se registrará en su registro médico y se utilizará para determinar el curso de tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Su médico documentará en su registro sus expectativas de los miembros de su equipo médica. Los miembros de su equipo médica luego registrarán las acciones que tomaron y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento.

También le proporcionaremos a su médico de atención primaria o a un proveedor de atención médica posterior copias de varios informes que deberían ayudarlo a tratarlo. También podemos enviar porciones relevantes de su médico registra especialistas a los que lo derivan para recibir atención, o a médicos a quienes sus proveedores aquí pueden consultar sobre un problema de atención.

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted (por ejemplo, llamándolo o enviándole una carta o tarjeta) para recordarle que tiene una cita con nosotros para el tratamiento o que es hora de que programe un chequeo regular con nosotros, o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento.

### **UTILIZAREMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL PAGO**

Por ejemplo: Se le puede enviar una factura a usted o a su compañía de seguros o plan de salud. La información que figura en la factura o que la acompaña puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y arramintas utilizados.

## UTILIZAREMOS SU INFORMACIÓN MEDICA PARA LA ADMINISTRACION REGULAR DE SALUD

Por ejemplo: Los miembros de la oficina de *EBS intervención temprana* o los miembros de un equipo de la calidad pueden usar información de su expediente médico para evaluar el cuidado y resultados en su caso y otros como él . Esta información se utilizará en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica y el servicio que brindamos

Este (artículo) tiene Copyright © 2001 de NHVSH1P.

## ASOCIADOS DE NEGOCIO

Proporcionamos algunos servicios con socios comerciales, que son profesionales independientes que utilizan la información de salud del paciente proporcionada por nosotros con el fin de realizar estos servicios. Algunos ejemplos son un servicio de facturación y un servicio de contestador automático. Cuando se contraten estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestro socio comercial para que puedan realizar el trabajo que le hemos pedido que hagan y le cobre a usted o a su aseguradora los servicios prestados. Para proteger su información médica, requerimos que el socio comercial proteja adecuadamente su información.

## UTILIZACIONES Y DIVULGACIONES QUE PODEMOS HACER A MENOS QUE USTED SE OPONE

Familiares o amigos involucrados en el cuidado: A menos que usted se oponga por escrito, los profesionales de la salud, utilizando su mejor criterio, pueden revelar a un familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que identifique, información de salud relevante para en la participación de la persona en su cuidado o pago relacionado con su atención.

*Marketing y recaudación de fondos:* Podemos usar divulgar su información médica en relación con comunicaciones limitadas de marcado o recaudación de fondos permitidas por las Reglas Federales de Privacidad. Cualquier comunicación dirigida a usted contendrá instrucciones que describan cómo puede "optar por no recibir más comunicaciones".

## DIVULGACIONES REQUERIDAS

Las Reglas Federales de Privacidad nos obligan a divulgar su información de salud personal en dos casos:

- A usted a petición suya en 45 CFR 164.524 o 45 CFR 164.528 y
- Al Secretario de Salud y Servicios Humanos cuando se le solicite como parte de una investigación o revisión de cumplimiento bajo 45 CFR 164.502.

## DIVULGACIONES PERMITIDAS SIN CONSENTIMIENTO PARA PRIORIDAD NACIONAL

- Además, 45 CFR 164.512 permiten usos y divulgación de su información de salud sin su consentimiento o autorización para ciertos propósitos de "prioridad nacional", incluyendo:
  - Cuando lo exija la ley estatal o federal
  - A las autoridades estatales y federales de salud pública, incluidos los oficiales médicos estatales, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y otras agencias encargadas de prevenir o controlar la enfermedad.
  - A las autoridades gubernamentales, incluidas las agencias de servicios de protección, autorizadas para recibir denuncias de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - A las agencias gubernamentales de supervisión de la salud, como los Departamentos estatales y federales de Salud y Servicios Humanos, las Organizaciones de Revisión por Pares de Medicare/Medicaid (PRO), las Juntas estatales de Medicina, Enfermería y Farmacia, y otras autoridades de licencias.
  - Cuando lo exija una orden judicial en un procedimiento judicial o administrativo.
  - A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ciertos fines de aplicación de la ley, incluyendo la notificación de ciertos tipos de heridas o lesiones, o de conformidad con una orden judicial, citación u otro proceso legal, o con el propósito de identificar o localizar a un sujeto, fugitivo, testigo material, persona o víctima, siempre que se cumplan las condiciones de la regla.
  - A los médicos forenses, médicos forenses o directores de funerarias con el fin de identificar a una persona fallecida o llevar a cabo sus deberes según lo exija la ley.
  - A las organizaciones de adquisición de órganos con fines de donación y trasplante de órganos o tejidos, de conformidad con la legislación aplicable.
  - Para la investigación aprobada por una Junta de Revisión Institucional (IRB) o una Junta de Privacidad que ha revisado el protocolo de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.
  - Cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.
  - Cuando se solicita para ciertas funciones gubernamentales especializadas autorizadas por la ley, incluyendo situaciones militares y similares.
  - Según lo autorizado por la ley en relación con los programas de compensación de trabajadores

## **UTILIZACIONES Y DIVULGACIONES AUTORIZADAS ESPECIFICAMENTE POR USTED**

Esperamos hacer otros usos y divulgaciones de su información médica protegida solo sobre la base de formularios de autorización por escrito específicos firmados por usted. Usted tiene el derecho de revocar dicha autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos confiado en ella para hacer un uso o divulgación autorizados.

## **PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PARA INFORMAR DE UN PROBLEMA**

Si tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con nuestra sede: EBS Early Intervention

200 Skiles Boulevard West Chester, PA 19382

Teléfono: 800-578-7906

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante: El Secretario de Salud y Servicios Humanos

Oficina del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos

200 Independence Avenue

S.W. Washington, D.C. 20201 Teléfono: 202-690-7000

## Reconocimiento del Aviso de Práctica de Privacidad y Consentimiento para dejar Mensajes de Voz

EBS Early Intervention utilizará y divulgará su información de salud personal para proporcionar tratamiento, recibir el pago por la atención que brindamos y por otras operaciones de atención médica, incluidas las actividades que realizamos para mejorar la calidad de la atención.

Hemos preparado un Aviso detallado de práctica de privacidad para ayudarle a comprender mejor nuestras políticas con respecto a su información de salud personal. Los términos del aviso pueden cambiar con el tiempo y le proporcionaremos copias de estos cambios.

EBS puede dejar mensajes de voz que contengan la información médica de su hijo o de su hijo en el número de teléfono que se indica a continuación. Esta información puede incluir, pero no se limita a, información demográfica (nombre del paciente, fecha de nacimiento, direcciones, etc.) información de facturación e información médica (fechas de citas, cambios en los planes de sesión, etc.)

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento a los mensajes de voz que contengan la información médica de mi hijo en los siguientes números de teléfono:

Teléfono principal: \_\_\_\_\_  
(Código de área y número de teléfono)

Teléfono alternativo (opcional): \_\_\_\_\_  
(Código de área y número de teléfono)

Para preguntas, comentarios o para informar de un problema, póngase en contacto con EBS Early Intervention al 800- 578-7906.

Con mi firma a continuación, certifico que he leído y entendido los elementos de este formulario y reconozco que he recibido una copia del Aviso de práctica de privacidad. He dado información veraz sobre la identidad de mi/mi hijo, y que soy el paciente o el representante legalmente autorizado del paciente.

---

Nombre del padre/tutor (impreso)

---

Firma del Padre/Tutor