

Como Componente de Cuidado de Salud de la Universidad de Carolina del Este (East Carolina University), la ley requiere de nosotros que protejamos la privacidad de información de su salud. A este le llamamos “información de salud protegida (PHI)”. Igualmente se nos exige que le dejemos saber cuales son nuestras obligaciones para proteger su PHI y explicarle nuestras normas de privacidad.

Se nos requiere que sigamos los términos del Aviso de Métodos de Privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso. Estas normas nuevas serán válidas por toda la duración de PHI que conservemos nosotros. Copias del Aviso están a su disposición en todas nuestras Clínicas de Cuidado de Salud. También puede usted ponerse en contacto con el Funcionario de Privacidad. La dirección y teléfono de este Funcionario se encuentran al final de este Aviso. Puede usted ver el Aviso en nuestras localidades ó en nuestra dirección en la computadora que es <http://www.ecu.edu/ecuphysicians>.

Se nos requiere que incluyamos en este Aviso ciertas descripciones que reflejan el alto nivel de protección antes de que usemos ó revelemos su PHI según la descripción a continuación. Existen muchas leyes que pueden ofrecer protección adicional de su PHI. Nuestros Componentes de Cuidado de Salud emplean procedimientos para considerar esta protección antes de usar o revelar su PHI. Usted puede ponerse en contacto con el Funcionario de Privacidad si usted cree que esto puede aplicarse a su PHI.

1 PODEMOS USAR Y REVELAR PHI ACERCA DE USTED SIN SU AUTORIZACIÓN EN LOS SIGUIENTES CASOS.

- ☒ **Tratamiento:** Podemos usar ó revelar PHI acerca de usted para proveer ó coordinar tratamiento de cuidado de salud que se le proporcionará a usted.

EJEMPLO – Su médico puede compartir PHI acerca de usted con otro proveedor de cuidados de salud, o si ella ordena servicios de laboratorio ó radiología, ó si él / ella ordena por teléfono una receta.

- ☒ **Pago:** Podemos usar y revelar PHI acerca de usted para obtener pago por servicios otorgados. Esto podría incluir compartir el PHI que su aseguranza médica requerirá antes de aprobar ó pagar por los servicios de cuidado de salud que nosotros aconsejamos para Ud.

EJEMPLO – Su plan de salud tendrá que dar permiso para aprobar cualquier tratamiento. Tendremos que compartir su PHI con ellos para que aprueben el tratamiento. Tal vez, también tendremos que compartir más de su PHI con ellos después del tratamiento para que nos paguen.

- ☒ **Funciones de Cuidado de Salud:** Nosotros podemos usar ó compartir PHI acerca de Ud. para llevar a cabo ciertas acciones de negocios separadamente o como parte de nuestra participación en una Organización de Arreglos de Cuidado de Salud (OHCA) con el hospital (Pitt County Memorial Hospital) Estas acciones incluyen, pero no están limitados a, evaluación de la calidad de actividades, entrenamiento de estudiantes de medicina y residentes, resolución de quejas, y acciones que se lleven acabo concernientes a otros asuntos.

EJEMPLO – Somos examinados por grupos externos los cuales evalúan el cuidado que reciben nuestros pacientes. Se incluyen agencias de gobierno o grupos de acreditación. Revisamos y evaluamos las capacidades y entrenamiento de los médicos que le atienden. Las personas que están a cargo de esta evaluación son tanto de ECU como personal de cuidados de salud que no son de ECU los cuales no están a cargo de su cuidado de salud.

PODEMOS USAR O REVELAR PHI ACERCA DE USTED EN MUCHOS OTROS CASOS EN LOS CUALES USTED NO TIENE LA OPORTUNIDAD DE ESTAR DE ACUERDO U OPONERSE. ESTOS PUEDEN INCLUIR:

- ☒ **Reglamentario por ley:** Para ciertas acciones legales o administrativas. Por ejemplo, podemos revelar PHI acerca de usted en respuesta a una orden judicial.
- ☒ **Sanidad Pública:** Reglamentario por la ley de recibir información de actividades de sanidad pública.
- ☒ **Vigilancia de Salud:** Permisos legales para hacer auditorias, investigaciones, ciertos programas del gobierno e inspecciones de agencias de vigilancia de salud.
- ☒ **Abuso o Negligencia:** A expertos de sanidad pública para reportar casos de abuso o negligencia de menores. Podemos revelar PHI a agencias del gobierno que están autorizadas a recibir información si creemos que Ud. ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- ☒ **Administración de Alimentos y Medicamentos:** A una persona requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos para reportar eventos dañinos, defectos o problemas de un producto, investigar productos para permitir su revocación, o conducir una inspección de mercadeo posteriormente.
- ☒ **Ejecución de la Ley:** Razones para ejecución de la ley pueden incluir (1) acción de recursos legales exigidos por la ley, (2) solicitud limitada de información con el propósito de identificación y ubicación, (3) relacionado con víctimas de un crimen, (4) sospecha que una muerte ha ocurrido como resultado de conducta criminal, (5) en caso de que un crimen ocurra en el sitio de la consulta, y (6) emergencia médica cuando hay la probabilidad de que un crimen ha ocurrido.
- ☒ **Médico Forense, Directores de Funerarias, Donación de Órganos:** A un médico forense con el propósito de identificación, o para encontrar la causa de muerte. También podemos revelar información de salud protegida a directores de funerarias para permitir que ellos lleven a cabo sus obligaciones. PHI puede ser usada y revelada si usted va a donar un órgano, ojo o tejido blando
- ☒ **Investigación:** PHI puede usarse para investigación sin la autorización del individuo si la Universidad y el Medical Center Institutional Review Board (Concejo de Reexaminación del Centro Médico Institucional) – UMCIRB- otorga una renuncia al requerimiento para dar autorización. Dos casos en los cuales no se requiere autorización o renuncia de autorización: 1) Reexaminación en preparación para la investigación y 2) investigación de información de un descendiente.
- ☒ **Actividad Criminal:** Podemos usar o revelar PHI si es necesario prevenir o disminuir una sería

amenaza a la salud o seguridad de una persona.

- ☒ **Funciones Gubernamentales Especializadas** : Podemos usar o revelar PHI con el propósito de determinar elegibilidad con el Departamento de Asuntos de Veteranos. También podemos revelar su PHI a oficiales federales para que conduzcan actividades de seguridad nacional y actividades de inteligencia de servicios de protección para el Presidente y determinaciones del Departamento de Estado de cuidados médicos apropiados.
- ☒ **Presidarios** : Si usted es un preso y su doctor ha creado o recibido su PHI en el transcurso de darle atención medica.
- ☒ **Compensación de Trabajadores**: Podemos usar o revelar PHI como sea necesario para ayudar en la demanda que está pendiente ante la Comisión Industrial.

3. OTROS USOS Y RVELACIONES DE PHI ACERCA DE USTED.

- ☒ **Recordatorios de Citas** : Podemos comunicarnos con usted para recordarle de una cita para su tratamiento.
- ☒ **Información Acerca de Tratamiento, Servicios o Productos** : Podemos usar o revelar PHI para manejar su cuidado. Esto puede incluir decirle acerca de tratamientos, servicios o productos disponibles.
- ☒ **Actividades de Recaudación de Fondos** : Podemos usar o revelar PHI acerca de usted para comunicarnos con usted con el propósito de recaudar dinero para ECU y sus Componentes de Cuidados de Salud. Solo revelaríamos información de contacto con usted y las fechas en las cuales usted recibió tratamiento o servicios de nosotros. Si usted no quiere que nos pongamos en contacto con usted acerca de actividades de recaudación de fondos, usted debe dejarle saber al Oficial de Privacidad como se describe debajo.
- ☒ **Familia o Representante Personal**: En ciertas situaciones, usaremos o revelaremos su PHI a un familiar, u otro pariente o a una amistad cercana del paciente, o a cualquier otra persona identificada por el paciente para que dicha persona se haga cargo directamente con lo que sea pertinente con PHI para el cuidado del paciente o pagos relacionados con el cuidado del paciente.

4. CUALQUIER OTRO USO O REVELACION DE PHI ACERCA DE USTED NECESITARA SU FIRMA DE AUTORIZACIÓN.

- ☒ Por cualquier otro motivo aparte de los antes mencionados arriba, pediremos por su firma de autorización antes de usar o revelar su PHI. Cualquier firma de autorización que recibamos podrá cancelarse en cualquier momento por escrito. No revelaremos PHI si usted cancela su autorización, solo que lo hayamos hecho antes de su cancelación.

5. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI.

- ☒ **Petición de Limites**: Usted puede pedir otras limitaciones en como usamos o revelamos su PHI acerca de usted. No se nos requiere que estemos de acuerdo a todas la s peticiones de limites. Si estamos de acuerdo, tal vez habrá circunstancias como las que se describieron anteriormente en las cuales usted no podrá oponerse. Pregunte en la ventanilla de la clínica o póngase en contacto con

el Oficial de Privacidad como se describirá abajo si usted desea hacer una petición para poner más límites en su PHI.

- ☒ **Diferentes formas para comunicarnos con Usted.** Puede requerir más limitaciones para la forma en que usamos o revelamos el PHI acerca de usted. Por ejemplo incluye usar diferente domicilio, número de teléfono o dirección a donde recibe su correo. Aceptaremos su petición si nos es posible. Todo dependerá en si es posible que nos comuniquemos con usted para saber como manejar sus pagos. Pregunte en la ventanilla de la clínica o póngase en contacto con el Oficial de Privacidad como se describe abajo, si es que usted desea cambiar la forma en que nos comunicamos con usted acerca de su PHI.
- ☒ **Derecho de ver y obtener copias del PHI:** Usted puede ver y recibir una copia de su PHI que se mantiene archivada ya sea en el registro de clínica o expediente de pagos los cuales se usan para hacer decisiones acerca de usted. Será posible que se le cobre por las copias. Habrá ocasiones en las cuales no se podrán realizar sus requerimientos. Le escribiremos en estos casos. Pida en la ventanilla de la clínica o póngase en contacto con el Oficial de Privacidad como se describe abajo, si usted desea ver u obtener copias de su PHI.
- ☒ **Derechos de Petición para Rectificar el PHI:** Usted puede pedir que el PHI que mantenemos de usted sea cambiado. Podemos rechazar su petición si nosotros no creamos la información o si creemos que la información es correcta. Si rechazamos una petición, le escribiremos y describiremos sus derechos para más adelante hacer una revisión. Si estamos de acuerdo con el cambio, haremos todo esfuerzo para compartir con todas aquellas personas que posiblemente recibieron PHI acerca de usted para hacer los cambios necesarios. Pregunte en la ventanilla de la clínica o comuníquese con el Oficial de Privacidad como se describe abajo si usted ha requerido una corrección.
- ☒ **Lista de Revelaciones que hemos hecho:** Ud. puede solicitar una lista de personas o lugares a los cuales se les reveló PHI acerca de usted por los últimos seis (6) años. Esto no incluye información revelada antes del 14 de Abril del 2003 o aquellos relacionados con su tratamiento, pagos, nuestras operaciones de cuidados de salud y todos aquellos permitidos por la ley. Pregunte en la ventanilla de la clínica o póngase en contacto con el Oficial de Privacidad como se describe abajo si usted quiere solicitar una lista de revelaciones.
- ☒ **Copia de este Aviso:** Usted puede solicitar una copia de esta Información en cualquier momento. Estas copias estarán disponibles en los lugares de entrega, o usted puede comunicarse con el Oficial de Privacidad como se describe abajo.

6. USTED PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA CON RESPECTO A NUESTROS METODOS DE PRIVACIDAD.

- ☒ Si usted piensa que le hemos negado sus derechos de privacidad como se describen en esta información, o si usted desea quejarse con nosotros acerca de nuestros métodos de privacidad usted puede ponerse en contacto con la persona mencionada abajo:

**Privacy Oficial
Brody School of Medicine a East Carolina University
600 Moye Blvd., 2W-31**

Greenville, NC 27858

Teléfono: 252-744-5200

O Correo Electrónico HealthCarePrivacy@mail.ecu.edu

También puede mandar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

SI USTED PRESENTA UNA QUEJA, NO TOMAREMOS NINGUNA ACCION EN CONTRA DE USTED Y TAMPOCO CAMBIARA NUESTRO TRATO PARA CON USTED EN NINGUNA MANERA.