

## ***Family Hospice Care, LLC.***

### **Aviso de Políticas de Privacidad**

Efectivo: 23 Septiembre, 2013

**ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

**Si tiene alguna pregunta respecto a este Aviso, por favor llame al:  
Family Hospice Care Privacy Officer: Telephone 760 674 3344**

Este Aviso de Políticas de Privacidad (“Aviso”) describe las políticas de Family Hospice Care, LLC (“Family Hospice Care”).

#### **Quiénes Deberán Cumplir con este Aviso**

Las siguientes personas o grupos deberán cumplir con este Aviso:

- Cualquier profesional de la salud que se encuentre autorizado para tener acceso en su historia clínica en Family Hospice Care.
- Todos los empleados, personal, miembros de la fuerza de trabajo y otros miembros del personal de Family Hospice Care.

#### **Nuestra Promesa con Usted**

Entendemos que la información médica es personal y estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información médica protegida (“IMP”), según dicho término es definido por la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (“HIPAA” por sus siglas en inglés *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996*) y su reglamento aplicable. Como paciente de Family Hospice Care, la atención y tratamiento que usted recibe se registra en un expediente médico. Necesitamos estos registros para brindarle atención de calidad y para cumplir con diversas disposiciones legales. Este Aviso es aplicable a los registros de los tratamientos proporcionados en las instalaciones de Family Hospice Care o por el personal de Family Hospice Care. Su médico personal u otros prestadores de servicios de salud podrían tener diferentes políticas o avisos con respecto al uso y divulgación de su IMP creada por ellos.

Estamos obligados por ley a:

- Mantener en privacidad su información médica;

- Darle este Aviso de nuestras obligaciones legales y nuestras políticas de privacidad con respecto a su IMP;
- Notificarle en caso de que Usted se vea afectado por un incumplimiento a la garantía de IMP; y
- Cumplir con los términos de este Aviso que está actualmente vigente.

## **Cómo Podremos Usar y Divulgar su IMP**

1. **Tratamiento.** Podremos usar o divulgar su IMP para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, será necesario que el equipo interdisciplinario de cuidados y los médicos involucrados en su atención cuenten con el IMP relativo a su historia clínica, síntomas, enfermedad y pronóstico para coordinar la atención que reciba Usted. Family Hospice Care también podrá divulgar su IMP a familiares y cuidadores para ayudar a la coordinación de su atención médica, a menos de que dichas personas sean excluidas específicamente por Usted.
2. **Pago.** Podremos usar o divulgar su IMP para obtener el pago por nuestros servicios. Por ejemplo, Family Hospice Care podría ser requerido por su aseguradora para proporcionar información relacionada con el estado de sus servicios médicos a efecto de que la aseguradora autorice servicios o reembolsos a Usted o a Family Hospice Care.
3. **Operación de Atención Médica.** Podremos usar o divulgar su IMP para nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podría utilizar su IMP para evaluar el cuidado y los resultados de su caso o para, conjuntamente, mejorar la calidad y eficiencia de la asistencia médica que prestamos.
4. **A los Asociados de Negocios.** Podremos divulgar su IMP a los “asociados de negocios” que prestan servicio a o en nombre de Family Hospice Care.
5. **Comunicación con Personas Involucradas en su Cuidado.** A menos que nos indique lo contrario, podremos compartir su IMP con sus amigos, familiares y conocidos o personas que estén involucradas en su cuidado. Podremos compartir su IMP con organizaciones de asistencia en caso de desastres para que su familia, amigos y conocidos puedan ser notificados de su ubicación y condición en caso de algún desastre o alguna emergencia.
6. **Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podremos compartir su IMP para propósitos de investigación, como el estudio de la efectividad del tratamiento que recibió. Bajo ciertas circunstancias, podremos compartir su IMP para propósitos de investigación sin su autorización por escrito. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a procesos especiales de aprobación. La mayoría de los proyectos requerirán su autorización expresa en caso de que el investigador vaya a tener acceso a información que lo identifique a Usted.

7. **Compensación a Trabajadores.** Podremos compartir su IMP en la medida en que esté autorizado por y en la medida en que resulte necesario para cumplir con las leyes laborales u otros programas que otorguen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
8. **Salud Pública.** Podremos compartir su IMP para actividades de salud pública. Por ejemplo, en caso de que estemos obligados por ley a reportar al Estado los nacimientos, muertes y algunos tipos de enfermedades. También podremos reportar problemas con medicamentos a los fabricantes y a la FDA. Podremos informarle a Usted sobre el retiro del mercado de productos que esté utilizando.
9. **Actividades de Inspección de Salud.** Podremos compartir su IMP con alguna agencia de inspección de salud en caso de auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de salud y los programas de gobierno.
10. **Seguridad Pública.** Podremos utilizar y compartir su IMP cuando resulte necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud y seguridad de terceros.
11. **Donación de Órganos y Tejidos.** Podremos revelar su IMP a organizaciones que se encarguen de donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.
12. **Médicos Forenses, Peritos y Funcionarios de Funerarias.** Podremos revelar su IMP a médicos forenses o peritos. Esto podría ser necesario para identificar una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podríamos revelar su IMP a funcionarios de funerarias, en caso de ser necesario, para llevar a cabo sus funciones.
13. **Funciones Especializadas de Gobierno.** Si Usted es un miembro de las fuerzas armadas, podremos compartir su IMP al ejército para fines militares. También podremos revelar su IMP sobre personal militar a las autoridades militares extranjeras que corresponda.
14. **Instituciones Correccionales.** En caso de que Usted sea un preso de alguna institución correccional, podremos divulgar a las instituciones o agentes de las mismas su IMP que fuere necesaria para su salud y para la salud y seguridad de terceros.
15. **Demandas y Disputas.** Podremos revelar su IMP en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación judicial, orden, una solicitud de descubrimiento u otro procedimiento legal.

16. **Aplicación de la Ley.** Podremos revelar su IMP para fines policiales según sea autorizado o requerido por ley u otro procedimiento legal. Por ejemplo, podríamos ser requeridos por ley a reportar ciertos tipos de heridas u otras lesiones físicas.
17. **Por Disposición Legal.** Divulgaremos su IMP cuando así sea requerido por ley. Por ejemplo, la ley federal puede requerir que su IMP sea revelada a alguna agencia de inspección de salud, autoridad de salud pública o abogado.

### Otros Usos y Divulgación de su IMP

Podremos utilizar o divulgar su IMP sin su autorización según lo descrito anteriormente. Para usos y divulgaciones de IMP que no se encuentren descritos en este Aviso será necesario contar con su autorización. Obtendremos su autorización por escrito para: (i) la mayoría de los usos y divulgaciones de IMP de notas de psicoterapia; (ii) la mayoría de los usos y divulgaciones de IMP para fines de mercadotecnia, según se definen en la HIPAA; y (iii) las revelaciones que constituyan una venta de IMP, según se define en la HIPAA. Si usted nos autoriza para usar o divulgar su IMP, por lo que Usted podrá revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Su revocación será efectiva en cuanto sea recibida, pero no será efectiva en caso de que Family Hospice Care o terceros hubieran actuado con base en la autorización.

### Sus Derechos Respecto a su IMP

**NOTA:** *Todas las solicitudes por escrito deberán presentarse mediante escrito dirigido a Family Hospice Care Privacy Officer a la dirección que se señala más adelante.*

Usted tendrá los siguientes derechos:

- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos o divulgaciones de su IMP. Las solicitudes de restricciones deberán constar por escrito, en la forma especificada anteriormente. Usted deberá notificar a Family Hospice Care: (1) qué información desea restringir; (2) si desea limitar el uso interno a Family Hospice Care, su divulgación a terceros, o ambos; y (3) a quien desea que el(los) límite(s) aplique(n).

No estamos obligados a aceptar su solicitud, salvo cuando Usted solicite que restrinjamos la divulgación de su IMP a algún plan médico por algún elemento de atención a la salud o servicio que ha sido pagado en su totalidad por Usted y la revelación es con el objeto de realizar pagos u operaciones médicas, y no existe disposición legal en contra.

- **Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene derecho de solicitar que nos comuniquemos con Usted sobre su IMP de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, Usted podrá solicitar que nos comuniquemos con Usted con

ningún otro familiar presente. Su solicitud deberá especificar cómo desea ser contactado, pero no será necesario que nos diga el motivo de la comunicación confidencial. Realizaremos nuestros mejores esfuerzos para atender todas las solicitudes razonables.

- **Derecho a Inspeccionar y Obtener una Copia.** Usted podrá solicitar una inspección y/o la obtención de copias de su IMP. Su solicitud deberá realizarse por escrito, en la forma especificada anteriormente. Si Usted solicita copias, podremos cobrarle una tarifa que resulte razonable.

Le informaremos en caso de que no podamos atender su solicitud, y podrá solicitar que se reconsidere la denegación poniéndose en contacto con la Family Hospice Care Privacy Officer en la dirección que se señala más adelante. Dependiendo en la razón de la negativa, podremos solicitar a un profesional en cuidados médicos que revise su solicitud y la negativa.

- **Derecho a Corregir.** Si Usted considera que alguno de los registros en su IMP es incorrecta o incompleta, podrá presentar una solicitud por escrito (en la forma especificada anteriormente) para corregir la información en sus registros. Podremos negar su solicitud en caso de que nos solicite modificar IMP que es: (1) completa y precisa; (2) no fue creada por Family Hospice Care; (3) no es parte de la IMP mantenida por o para Family Hospice Care; o (4) no se trata de IMP a la que Usted hubiere sido autorizado a revisar y copiar. En caso de que neguemos su solicitud, podrá solicitarnos, por escrito, la revisión de dicha negativa.

- **Derecho a un Cómputo de Divulgaciones.** Usted tendrá el derecho de solicitar un “cómputo de divulgaciones” que es un listado de las divulgaciones de su IMP que hemos realizado a terceros, salvo por: (1) las que sean necesarias para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones médicas; (2) divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003; (3) divulgaciones realizadas a Usted; (4) divulgaciones autorizadas por Usted; y (5) otro tipo de divulgaciones.

Su solicitud de cómputo de divulgaciones deberá realizarse por escrito, en la forma especificada anteriormente, y deberá indicar un periodo que no podrá ser mayor a 6 años anteriores a la fecha en que se realizó el cómputo. Usted podrá obtener un cómputo de divulgaciones de forma gratuita en cualquier periodo de 12 meses, en caso de que se requieran cómputos de divulgaciones adicionales podremos cobrarle una cuota razonable.

- **Derecho a una Copia Impresa de este Aviso.** Usted tiene el derecho a obtener una copia de este Aviso previa solicitud. Usted podrá realizar su solicitud al gerente del lugar en donde Usted reciba su tratamiento o al Family Hospice Care Privacy Officer en la dirección que se señala más adelante.

## **Cambios en las Políticas de Privacidad de Family Hospice Care**

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras políticas de privacidad y, consecuentemente, actualizar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el Aviso revisado o modificado respecto de la IMP que ya tenemos sobre Usted así como a IMP que recibamos en el futuro. Pondremos nuestro Aviso actual en cada una de las instalaciones en donde ofrecemos trato directo a nuestros pacientes así como en nuestra página electrónica en: [www.familyhospicecare.com](http://www.familyhospicecare.com); que contendrá la fecha de vigencia del Aviso.

### **Para Mayor Información o para Reportar un Problema**

Si Usted tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse al Family Hospice Care Privacy Officer en la dirección que se señala más adelante, llamando al: 760 674 3344.

Si Usted considera que sus derechos a la privacidad han sido violados, Usted puede presentar una queja, por escrito, en Family Hospice Care. Las quejas serán devueltas al:

Family Hospice Care Privacy Officer  
Family Hospice Care, LLC.  
255 N. El Cielo Road, Suite 300  
Palm Springs, CA 92262

Usted también podrá presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. También podrá comunicarse a la Oficina de Derechos Civiles a la línea de atención 1-800-368-1019. No tomaremos ninguna acción en contra de Usted por presentar una queja.