

SOUTHERN PATHOLOGY SERVICES INC.

AVISO PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

SU INFORMACIÓN

Estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI) según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Su "información médica protegida" es información sobre usted que creamos y recibimos, incluyendo información demográfica, que puede identificarle razonablemente y que se relaciona con su salud, condición física o mental pasada, presente o futura, o con el pago por la prestación de su atención médica. Si otras leyes federales o estatales ofrecen una protección más estricta para la privacidad de su información médica, las cumpliremos.

SUS DERECHOS

En lo que respecta a su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico
- Puede solicitar, ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica para tratar su información médica (*por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina o algún teléfono o vía en particular*) o que la enviemos a una dirección diferente.

Aprobaremos todas las solicitudes que sean razonables.

Puede solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos.

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podríamos rechazarla si esto afectara su atención médica.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica para fines de pago o para nuestras operaciones. Aceptaremos dicha solicitud a menos que la ley nos obligue a compartir dicha información.

Obtener una copia de las personas con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido (divulgado) su información médica, hasta seis años antes de la fecha de solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones (como las que nos solicitó).
- Le proporcionaremos un informe anual gratuito, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este Aviso de Privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos.

- Puede presentar una queja ante nosotros si considera que hemos violado sus derechos. Para ello, comuníquese con nuestra persona de contacto o nuestra oficina de HIPAA. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para presentar una queja ante nuestra organización, envíe su solicitud por escrito a:

Southern Pathology Services, Inc.

234-A Parque Industrial Sabaneta Ponce, P.R. 00715

Oficial de Privacidad: Lcda. Waleska Berdecía, MPH MT ASCP

Teléfono: 787-841-8645 Ext. 2007 Fax: 787-848-4043

wberdecia@southernpathology.com

P.O. Box 10729 Ponce, P.R. 00732

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html, para reportes en línea o visitar la siguiente dirección para obtener el formulario www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaintform.pdf.

SUS OPCIONES

Para cierta información médica, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, contáctenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención o pago relacionado con su atención médica
- Compartir información en caso de desastre
- Incluir su información en el directorio del hospital

Si no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En los siguientes casos, nunca compartiremos su información a menos que nos otorgue su autorización por escrito:

- Fines de mercadeo
- Venta de su información médica protegida
- La mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia y notas de asesoramiento sobre el trastorno por consumo de sustancias (SUD) según el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Parte 2

En caso de recaudación de fondos:

Podemos ponernos en contacto con usted para recaudar fondos, pero puede solicitarnos que no lo volvamos a contactar. Cumpliremos con su solicitud de no volver a contactarlo.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Tratamiento

Podemos compartir su información para actividades de tratamiento de otro profesional involucrado en su atención médica.

Ejemplo: Un médico que lo atiende por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

Pago

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades o personas. **Ejemplo:** Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.

Operaciones de atención médica

Podemos usar y compartir su información médica para nuestras operaciones de atención médica y para comunicarnos con usted cuando sea necesario. **Algunos ejemplos** son el uso de su información para:

- Mejorar la calidad de la atención que le brindamos
- Programas de control de enfermedades, bienestar o salud poblacional
- Encuestas a pacientes
- Capacitación de estudiantes
- Planificación y administración empresarial
- Resolución de quejas de pacientes
- Obtención o mantenimiento de una acreditación
- Servicios legales y de cumplimiento

También podemos compartir su información médica protegida con personas o empresas (denominadas socios comerciales) que utilizamos para ayudarnos con nuestras operaciones.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente para contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con los requisitos legales antes de poder compartir su información para estos fines.

Ayuda con asuntos de salud y seguridad pública

Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con el retiro de productos del mercado
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Realizar investigaciones

Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, y podríamos compartirla cuando dichas leyes lo permitan. Por **ejemplo**, si el Departamento de Salud y Servicios Humanos desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

Colaborar con un médico forense o director de funeraria

Podemos compartir información médica con un médico forense, médico forense o un director de funeraria cuando fallece una persona.

Atender solicitudes de compensación laboral, de las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de las fuerzas del orden, **ejemplo:** Tribunal de Justicia
- Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley, **ejemplo:** Departamento de Salud
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional
- Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Comprobante de vacunación

Podemos divulgar su comprobante de vacunación a una escuela que lo requiera antes de admitir a un estudiante, siempre que usted haya aceptado dicha divulgación en su nombre o en el de su dependiente.

Instituciones penitenciarias

Si usted se encuentra recluido en una institución penitenciaria, podemos divulgar a la institución la información necesaria para su salud y la salud y seguridad de otras personas.

Registros de Trastornos por Consumo de Sustancias, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2

Los registros de Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD), Parte 2, son registros de la identidad, el diagnóstico, el pronóstico o el tratamiento de cualquier paciente, que se mantienen en relación con la ejecución de cualquier programa o actividad relacionada con la educación, la prevención, la capacitación, el tratamiento, la rehabilitación o la investigación sobre trastornos por consumo de sustancias, que se realiza, regula o recibe asistencia directa o indirecta de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

Se requiere el consentimiento por escrito del paciente para el uso y la divulgación de los registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD) de la Parte 2 para tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Este consentimiento puede constar en un único formulario de consentimiento. Las divulgaciones de estos registros de SUD que no estén sujetas a TPO requieren un consentimiento específico por separado.

Solo utilizaremos o divulgaremos los registros de SUD de la Parte 2 en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra cuando:

- Usted otorgue su consentimiento por escrito para dicho uso o divulgación; o
- Un tribunal ordene el uso o la divulgación tras la notificación correspondiente y la oportunidad de ser escuchado, y una citación u otro mandato legal obligue a la divulgación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.

Otros Usos y Divulgaciones de Información Médica

Solo se aceptarán otras formas en que compartamos y utilicemos su información médica no contempladas en este aviso con su autorización por escrito. Si nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica, puede cancelar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, la cancelación no se aplicará a la información que ya hayamos utilizado o divulgado con base en la autorización previa.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y los cambios se aplicarán a toda la información médica que tengamos sobre usted. El aviso actual estará disponible previa solicitud y en nuestro sitio web:

www.southernpathology.com .

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones:

Laboratorio de Patología Southern Pathology Services- Lic. 809B

Laboratorio Clínico y Molecular Southern Pathology Services- Lic. 1155