discapacidades del desarrollo o servicios para tratar el abuso de sustancias. Hay algunas excepciones a este requisito. Podemos divulgar esta información de la salud a miembros de nuestro personal, nuestros consejeros profesionales y a agencias o individuos que supervisan nuestras operaciones o que nos ayudan a llevar a cabo nuestras responsabilidades de servicio para usted. También podemos divulgar información a las siguientes personas: (i) a un proveedor de cuidados de la salud que le está proporcionando servicios de emergencia y (ii) a otras instalaciones o profesionales en el campo de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias, cuando sea necesario para la coordinación de su cuidado o tratamiento. Si determinamos que existe una inminente amenaza a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de alguien más, podemos divulgar información acerca de usted para evitar o minimizar la amenaza. Nosotros también divulgaremos información acerca de usted si la ley así lo dispone, por ejemplo: cuando una corte ordena la divulgación, cuando sospechamos abuso o negligencia de un niño o adulto incapacitado y cuando uno de nuestros médicos considere que uno de sus pacientes tiene una enfermedad contagiosa o está infectado con VIH y no está siguiendo medidas de seguridad. Si consideramos que es lo mejor para usted, podemos divulgar información acerca de usted para un procedimiento de tutela o confinamiento involuntario que lo involucra. Cuando a usted lo admiten, o le dan de alta de una instalación de salud mental, discapacidad del desarrollo o de abuso de sustancias, puede que divulguemos ese hecho a su pariente más cercano si consideramos que la divulgación es lo mejor para usted, pero solamente si usted no se opone. Si usted tiene un pariente más cercano sustancialmente involucrado en su cuidado, una vez que él o ella lo solicite, estamos obligados a proporcionar a este pariente la información que se relaciona con su admisión o el alta de una instalación, incluyendo la identidad de la instalación, cualquier decisión de parte suya de dejar la instalación en contra de la recomendación médica e información sobre remisiones y citas de seguimiento una vez que le dieron de alta, después de que le notifiquemos que han solicitado esta información.

- Si usted solicita recibir o recibe servicios por abuso de sustancias de un proveedor o programa dentro de nuestro sistema que sea reconocido bajo la ley federal como un individuo, entidad o unidad dentro de una instalación médica general que se presenta como autorizada para proporcionar y proporciona diagnóstico, tratamiento o remisiones para tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, la ley federal exige que obtengamos su consentimiento escrito antes de que podamos divulgar información que podría identificarlo como un alcohólico o drogadicto o como un paciente que recibe servicios por adicción a las sustancias. Existen excepciones a este requisito. Podemos divulgar esta información dentro de nuestro programa a miembros de nuestro personal conforme se necesite para coordinar su cuidado y a agencias o individuos que nos ayudan a llevar a cabo nuestras responsabilidades al servirle a usted. Podemos divulgar información al personal médico en una emergencia médica. La ley estatal dispone que denunciemos el abuso o negligencia al Departamento de Servicios Sociales, si sospechamos abuso o negligencia contra un niño, y podemos divulgar información acerca de tratamiento por abuso de sustancias al hacer la denuncia. Divulgaremos información acerca de usted si la corte nos lo ordena. Si usted comete un crimen, o amenaza con cometer un crimen, en el local donde se lleva a cabo nuestro programa, o en contra del personal de nuestro programa, podemos denunciar la información acerca del crimen o amenaza a funcionarios encargados del cumplimiento de la ley. Bajo la ley estatal, si usted solicita tratamiento y rehabilitación por drogodependencia de uno de nuestros profesionales médicos, su solicitud se tratará con confidencialidad. No revelaremos su nombre a ningún oficial de la policía u otro oficial del orden público a menos que usted autorice que nosotros lo compartamos. Aun si lo remitimos a otra persona para tratamiento y rehabilitación, continuaremos manteniendo su nombre confidencial.
- Puede que ciertas reglas de la licenciatura y normas éticas de profesionales presten más protección a la información de la salud y, donde aplique, acataremos esas reglas y normas.

Disposiciones especiales para menores de edad bajo la ley de Carolina del Norte: Bajo la ley de Carolina del Norte, los menores de edad, con o sin el consentimiento de un padre o guardián, tienen el derecho a consentir para recibir servicios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades incluyendo: enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben ser denunciadas al Estado de Carolina del Norte; embarazo; abuso de sustancias controladas o alcohol; y perturbación emocional. Con respecto a servicios de abortos, sin embargo, la ley de Carolina del Norte requiere el consentimiento tanto de la menor de edad como el de uno de los padres, guardián o abuelo/abuela con quien la menor de edad ha vivido por lo menos seis (6) meses, a menos que la corte haya determinado que la menor de edad por sí sola puede consentir al aborto. **Si usted es menor de edad y usted consiente recibir alguno de estos servicios, usted tiene toda la autoridad y los derechos incluidos en este aviso relacionados con ese servicio**. Además, la ley permite que ciertos menores de edad sean tratados como adultos para todos los fines. Estos menores tienen todos los derechos y autoridad, para todos los servicios incluidos en este aviso.

6. Puede que nos comuniquemos con usted para proporcionarle recordatorios de citas.

Puede que usemos o divulguemos PHI para comunicarnos con usted para proporcionarle un recordatorio sobre una cita que tenga para tratamiento o cuidado médico.

7. Podríamos comunicarnos con usted con información sobre tratamientos, servicios, productos o los proveedores de cuidados de la salud.

Podríamos usar o divulgar la PHI para dirigir o coordinar su cuidado médico. Esto puede incluir decirle acerca de tratamientos, servicios, productos u otros proveedores de cuidados de la salud. También podemos usar o divulgar la PHI para darle regalos de poco valor monetario.

EJEMPLO: Si a usted le diagnostican diabetes, puede que le digamos sobre servicios de asesoría nutricional y otros servicios de asesoría que puedan ser de interés para usted.

8. Nosotros podríamos comunicarnos con usted con respecto a actividades para recaudar fondos.

Nosotros podemos usar o divulgar la PHI acerca de usted incluyendo divulgación a una fundación para que se comuniquen con usted para recaudar fondos para el hospital y sus operaciones. Puede que divulguemos información sobre médico(s) tratante(s), departamento(s) de servicio y resultado(s) en relación con tratamiento o servicios que recibió de parte nuestra, el estatus de su seguro médico e información demográfica sobre usted (incluyendo direcciones, información de contacto, edad, fecha de nacimiento y sexo), así como las fechas en las que recibió tratamiento o servicios de parte nuestra. Si no quiere que se comuniquen con usted de esta forma, usted debe informarle a nuestra persona de contacto que aparece en la primera página de este aviso. Adicionalmente, cada comunicación con usted para recaudar fondos de parte nuestra (donde usamos la PHI para dirigir la comunicación) le proporcionará la oportunidad y los medios de optar por no recibir comunicaciones para recaudar fondos en el futuro.

****PARA CUALQUIER OTRO USO Y DIVULGACIÓN DE LA PHI ACERCA DE USTED SE NECESITA SU AUTORIZACIÓN ESCRITA. ****

Bajo cualquier circunstancia, aparte de las enumeradas anteriormente, nosotros le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar la PHI acerca de usted. Si usted firma una autorización por escrito permitiéndonos divulgar la PHI acerca de usted en una situación específica, usted puede cancelar más adelante su autorización, por escrito, comunicándose con nuestro departamento Medical/Health Information Management. Si usted cancela su autorización por escrito, nosotros no divulgaremos PHI acerca de usted después de que recibamos su cancelación, exceptuando aquellas divulgaciones que se estaban tramitando antes de que recibiéramos su cancelación.

C. USTED TIENE VARIOS DERECHOS EN CUANTO A LA PHI ACERCA DE USTED.

1. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de PHI acerca de usted.

Puede que nos comuniquemos con usted sobre la PHI por teléfono, por escrito a través del correo postal, en forma electrónica por correo electrónico o a través de un portal seguro de internet para el paciente. Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros limitemos el uso y divulgación de la PHI acerca de usted. No tenemos que concordar con las limitaciones que solicite en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, aun en el caso de concordar con su solicitud, puede que no se sigan sus limitaciones en ciertas situaciones. Estas situaciones incluyen tratamiento de emergencia, divulgaciones al Secretary of the Department of Health and Human Services, y usos y divulgaciones descritos en el inciso B.2 de la sección previa de este aviso. Nosotros debemos concordar con su solicitud para limitar la divulgación de su PHI ya que la PHI únicamente concierne a un artículo o servicio de cuidados de la salud por el cual usted u otra persona en su nombre pagó en su totalidad por cuenta propia, si esa divulgación es a un plan de salud con el propósito de cumplir con el pago u operaciones de cuidados de salud. Usted puede solicitar una limitación comunicándose con el Privacy/Security Officer al (919) 843-2233 o con el Privacy Officer del hospital o clínica en particular que le prestan los servicios.

2. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted usando diferentes vías.

Usted tiene el derecho a solicitar cómo y cuándo nos comunicamos con usted sobre la PHI. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted a la dirección o número de teléfono de su trabajo o por correo electrónico. Su solicitud debe constar por escrito. Tenemos que darle cabida a solicitudes razonables, pero cuando sea apropiado, podemos condicionarlo a que usted nos proporcione información de cómo va a pagar, si se va a hacer un pago, y la indicación de usted de una dirección alternativa u otro método de comunicación. Usted puede solicitar comunicaciones alternativas comunicándose con el Privacy Officer del hospital o de la clínica en particular que le presta servicios.

3. Usted tiene el derecho a ver y copiar la PHI acerca de usted.

Usted tiene el derecho a ver y a recibir una copia de la PHI contenida en expedientes clínicos, de facturación y otros expedientes usados para tomar decisiones acerca de usted. Usted tiene el derecho a recibir una copia de la PHI acerca de usted en su versión electrónica original si es posible, o si no, en otro formato electrónico en el que estemos de acuerdo usted y nosotros. Su solicitud debe constar por escrito. Podemos cobrarle una cantidad de dinero por este servicio. En vez de suministrarle una copia completa de la PHI, podemos proporcionarle un resumen o explicación de la PHI acerca de usted, si usted de antemano acepta el formato y el costo del resumen o explicación. Hay ciertas situaciones en las cuales no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Bajo estas circunstancias, le responderemos por escrito, dedarando el motivo de nuestra negativa y describiendo los derechos que pueda tener para solicitar una revisión de nuestra negativa. Usted puede solicitar ver y recibir una copia de la PHI acerca de usted, comunicándose con el Departamento Medical/Health Information Management del hospital o clínica que le presta servicios.

4. Usted tiene el derecho a pedir una enmienda de la PHI acerca de usted.

Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda a los expedientes clínicos, de facturación y otros expedientes usados para tomar decisiones acerca de usted. Su solicitud debe constar por escrito y debe explicar su(s) razón(es) para la enmienda. Podemos denegar su solicitud si: 1) la información no fue originada por nosotros (a menos que usted pruebe que quien originó la información ya no está disponible para corregir el expediente); 2) la información no forma parte del expediente usado para tomar decisiones sobre usted; 3) creemos que la información está correcta y completa; o 4) usted no tuviera el derecho a ver y copiar el expediente como se describe en el párrafo 3 anterior. Nosotros le avisaremos por escrito los motivos de nuestra negativa y describiremos sus derechos a entregarnos una declaración por escrito si no está de acuerdo con la negativa. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, nos esforzaremos de manera razonable para hacer saber a otros de la enmienda, incluyendo personas que usted señale que hayan recibido la PHI acerca de usted y que necesitan la enmienda. Usted puede solicitar una enmienda de la PHI acerca de usted comunicándose con el Departamento Medical/Health Information Management del hospital o clínica que le provee los servicios.

5. Usted tiene derecho a la lista de las divulgaciones que nosotros hemos hecho.

Si usted le pide por escrito a nuestra persona de contacto, tiene el derecho a recibir una lista escrita de ciertas divulgaciones que hemos hecho de la PHI acerca de usted. Usted puede solicitar las divulgaciones hechas por hasta seis (6) años antes de la fecha de la solicitud (sin incluir divulgaciones hechas previas al 14 de abril de 2003) Estamos obligados a proporcionar una lista de todas las divulgaciones, exceptuando las siguientes:

- Para su tratamiento;
- para facturación y cobro del pago por su tratamiento;
- para operaciones de cuidados de la salud;
- que se le hizo a usted o que usted solicitó, o autorizó;
- que ocurrió como consecuencia de usos y divulgaciones permitidas;
- que se les hizo a individuos involucrados en su cuidado, para los propósitos de dirección o de notificación o para otros propósitos descritos en el inciso B.3 anterior;
- que la ley permite cuando el uso o divulgación concierne a ciertas funciones gubernamentales especializadas o concierne a instituciones correccionales y en otras situaciones de custodia en cumplimiento de la ley (véase el inciso B.2 anterior); y
- como parte de un set de información limitada que no contiene cierta información que lo identificaría a usted.

La lista incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección si está disponible) de la persona u organización que recibe la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la divulgación. Si, bajo circunstancias que lo permiten, la PHI acerca de usted se ha divulgado para ciertos tipos de proyectos de investigación, la lista puede incluir diferentes tipos de información.

Si usted solicita una lista de divulgaciones más de una vez en un período de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable de dinero. Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones comunicándose con el Privacy/Security Officer al (919) 843-2233.

6. Usted tiene derecho a la notificación de una violación.

Usted tiene el derecho a recibir una notificación en el caso de una violación a su PHI no asegurada.

7. Usted tiene derecho a una copia de este aviso.

Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso, en cualquier momento, comunicándose con el Privacy/Security Officer. Le proporcionaremos una copia de este aviso no más tarde de la fecha en que reciba nuestros servicios por primera vez (exceptuando servicios de emergencia, en cuyo caso, la suministraremos lo antes posible).

D. USTED PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA ACERCA DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Si usted considera que hemos violado sus derechos de privacidad, o si quiere quejarse sobre nuestras prácticas de privacidad, se puede comunicar con la persona indicada a continuación:

Chief Privacy Officer
UNC Health Care System

211 Friday Center Drive
Chapel Hill, North Carolina 27517
Teléfono: (919) 843-2233

Usted puede también enviar una reclamación por escrito al United States Secretary of the Department of Health and Human Services. Se puede encontrar la información de contacto en la página web del Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) en: www.hhs.gov/ocr.

Si usted presenta una queja, no tomaremos ninguna acción en contra suya ni cambiaremos nuestro tratamiento hacia usted de ninguna manera.

E. FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO

Este Aviso de prácticas de privacidad está vigente a partir del 23 de septiembre de 2013.
Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 10/3/2013

UNC HEALTH CARE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA HEALTH CARE SYSTEM, INCLUYENDO:

UNC Hospitals
Rex Hospital, Inc.
Rex Physicians, LLC
High Point Regional Health
Regional Physicians, LLC
Caldwell Memorial Hospital, Incorporated
Chatham Hospital, Inc.
Henderson County Hospital Corporation d/b/a
Margaret R. Pardee Memorial Hospital
University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine
UNC Physicians Network, LLC
UNC Physicians Network Group Practices, LLC
(A los proveedores enumerados arriba se les llama «UNC Health Care System»)

Y TODOS LOS INDIVIDUOS PROPORCIONANDO SERVICIOS DE CUIDADOS DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE UNC HEALTH CARE SYSTEM POSEE, OPERA O CON LAS QUE ESTÁ AFILIADO. ESTE AVISO APLICA A SERVICIOS PROPORCIONADOS EN CADA UNA DE ESAS INSTALACIONES. (Contacte Privacy/Security officer abajo indicado para obtener ubicaciones de las instalaciones).

Algunos miembros y afiliados de UNC Health Care System han elegido tratarse a sí mismos como un proveedor de cuidados de la salud asociado («entidad afiliada cubierta») bajo las leyes que protegen la privacidad y seguridad de la información médica acerca de usted. Otros proveedores de cuidados de la salud, tales como doctores ajenos o su personal no son empleados por UNC Health Care System, miembros o afiliados, pero prestan este cuidado conjuntamente con UNC Health Care System, a través de un «arreglo de cuidados de la salud organizados» bajo las leyes que protegen la privacidad de información médica sobre usted. En este aviso se hace referencia a todos estos proveedores de cuidados de la salud como «nosotros».

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE

FECHA DE VIGENCIA: 10 de marzo de 2003
Fecha de vigencia de revisión: septiembre de 2013

Si tiene alguna pregunta o solicitud respecto a la privacidad de su información médica, comuníquese por favor con el Chief Privacy Officer al (919) 843-2233
211 Friday Center Drive, Chapel Hill, NC 27517

HD 118/S Z58UNCHD118 Rev. 10/2013 Version 06

A. TENEMOS LA OBLIGACIÓN LEGAL DE PROTEGER LA INFORMACIÓN DE LA SALUD ACERCA DE USTED.

Por ley estamos obligados a proteger la privacidad de información de la salud sobre usted y que puede identificarse como suya, a la cual nos referimos como «información de la salud protegida», (Protected Health Information - PHI, por sus siglas en inglés). Tenemos que darle notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad pertinentes a la PHI:

- Tenemos que proteger la PHI que hemos creado o recibido acerca de su pasado, presente o futura condición de salud; cuidado médico que le proporcionamos; o el pago por su cuidado médico.
- Tenemos que explicar cómo protegemos la PHI acerca de usted.
- Tenemos que explicar cómo, cuándo y por qué usamos o divulgamos la PHI acerca de usted.
- Podemos solamente usar o divulgar la PHI de acuerdo a lo descrito en este aviso.

Este aviso describe los tipos de usos y divulgaciones que nosotros podemos hacer y le da a usted algunos ejemplos. Además, pudiéramos hacer otros usos y divulgaciones que ocurren como consecuencia de los usos y divulgaciones permitidos descritos en este aviso. Los proveedores de cuidados de la salud participantes en nuestro «arreglo de cuidados de la salud organizados», compartirán la PHI entre ellos mismos, según sea necesario, a fin de llevar a cabo el tratamiento, pago o las operaciones de cuidados de la salud (definidos más adelante) concernientes al «arreglo de cuidados de la salud organizados».

Se requiere que sigamos los procedimientos de este aviso. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y hacer nuevas provisiones aplicables a toda la PHI protegida que mantengamos, primero al:

- Fijar carteles del aviso revisado en nuestras oficinas;
- hacer copias del aviso revisado a solicitud (ya sea en nuestras oficinas o a través de la persona de contacto listada en este aviso); y
- publicar el aviso revisado en nuestra página web, www.unchealthcare.org.

B. PARA ALGUNOS USOS Y DIVULGACIONES DE LA PHI ACERCA DE USTED, NOSOTROS OBTENDREMOS SU CONSENTIMIENTO GENERAL; PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA PHI ACERCA DE USTED,OBTENDREMOS SU AUTORIZACIÓN; Y EN ALGUNOS CASOS PUEDE QUE USEMOS Y DIVULGUEMOS PHI ACERCA DE USTED SIN SU AUTORIZACIÓN.

La ley federal requiere que protejamos la PHI acerca de usted. Además, las leyes de Carolina del Norte no solamente protege sus derechos de privacidad, sino también su relación con su médico y, si aplica, con su proveedor de cuidados de la salud mental. La ley estatal limita nuestra divulgación (y aquella de su médico o proveedor de cuidados de la salud mental) de su información de la salud en muchos casos. Sin embargo, podemos divulgar su información de la salud bajo la ley estatal y federal, con su consentimiento, para tratamiento, pago y operaciones de cuidados de la salud de acuerdo a una orden de la corte o conforme sea permitido o requerido por la ley. Pediremos que firme un «consentimiento general para recibir tratamiento» el cual pide su permiso para proveerle tratamiento y proporciona otra información y autorizaciones. Este «consentimiento general para recibir tratamiento» también pide que usted firme una declaración que confirma haber recibido una copia de este aviso. Este «consentimiento general para recibir tratamiento» es diferente de una «autorización» que se menciona en otras partes de este aviso.

1. Las leyes de Carolina del Norte y las leyes federales nos permiten usar y divulgar la PHI acerca de usted con el propósito de proporcionarle tratamiento, obtener pago por esos servicios y por operaciones de cuidados de la salud. Estos fines se describen a continuación.

Tratamiento:

Nosotros necesitamos usar y divulgar la PHI acerca de usted para proporcionar, coordinar o dirigir su cuidado de salud y servicios afines. Esto puede incluir comunicarse con otros proveedores de cuidados de la salud con relación a su tratamiento y coordinar y dirigir su cuidado de la salud con otros. Por ejemplo, tenemos que usar y divulgar la PHI acerca de usted, tanto dentro como fuera de nuestro sistema cuando usted necesita recetas médicas, pruebas de laboratorio, rayos-x, u otros servicios de cuidados de la salud. Además, necesitamos usar y divulgar la PHI acerca de usted al remitirlo a otro proveedor de cuidados de la salud.

EJEMPLO: El médico que lo está tratando por una pierna rota puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede hacer más lento el proceso de sanación. Además, el doctor podría necesitar comunicarle al dietista si usted es diabético para que hagamos los arreglos necesarios para ordenar las comidas apropiadas. Los departamentos del hospital o los doctores podrían también necesitar compartir la PHI acerca de usted, dentro y fuera de nuestro sistema, a fin de coordinar diferentes servicios que usted pueda necesitar, tales como recetas médicas, pruebas de laboratorio y rayos-x. Podríamos también necesitar divulgar la PHI acerca de usted a personas ajenas al hospital que pudieran estar involucradas en su cuidado médico después de que usted deje el hospital, tales como proveedores de cuidados de la salud que van a su casa u otros que pudieran prestar servicios que forman parte de su cuidado.

Pago:

Generalmente, necesitamos usar y dar información médica acerca de usted a otros, para facturar y cobrar el pago por los tratamientos y servicios que nosotros u otro proveedor le proporcionamos. Antes de recibir servicios programados, podría necesitar compartir información acerca de estos servicios con su(s) plan(es) de seguro médico. Compartir la información nos permite solicitar cobertura bajo su plan o póliza y para obtener aprobación de pago antes de prestarle los servicios. Podríamos también necesitar compartir parte de la información médica acerca de usted con los siguientes:

- Departamentos de facturación;
- agencias o departamentos de cobros, o abogados asistiéndonos con los cobros, incluyendo la Oficina del Fiscal General de Carolina del Norte;
- compañías de seguros, planes de seguros y sus agentes que pueden ser responsables del pago de sus facturas por cuidados de salud;
- departamentos del hospital que revisan el cuidado que usted recibió para verificar que tal cuidado y los costos asociados fueron apropiados para su enfermedad o lesión;
- agencias de reporte al consumidor (Por ejemplo, agencias de crédito); y
- otros que sean responsables por sus cuentas, tales como su cónyuge o un garante de sus cuentas, según sea necesario para cobrar el pago.

EJEMPLO: Supongamos que usted tiene una pierna rota. Podríamos necesitar darle a su(s) compañía(s) de seguro información acerca de su afección, los suministros que se usaron (tales como la mezcla para hacer el yeso o las muletas), y servicios que recibió (tales como rayos-x o cirugía). La información se le da a nuestro departamento de facturación y a su compañía de seguro para que nos puedan pagar o puedan reembolsarlo a usted. Podemos también necesitar enviar esa misma información al departamento de nuestro hospital que revisa nuestros cuidados de su enfermedad o lesión.

Si usted nos proporcionó un número de teléfono celular puede que lo usemos para contactarlo con relación a facturación y cobros a menos que usted nos indique lo contrario.

Operaciones de cuidados de la salud:

Necesitamos usar y divulgar la PHI al desempeñar actividades de negocios, las cuales llamamos «operaciones de cuidados de la salud». Estas «operaciones de cuidados de la salud» nos permiten mejorar la calidad del cuidado que proveemos y reducir sus costos. También podríamos necesitar divulgar la PHI para las «operaciones de cuidados de la salud» del «arreglo de cuidados de la salud organizados» en el que nosotros participamos. Un ejemplo de «arreglo de cuidados de la salud organizados» es el cuidado que proporciona nuestro hospital y los médicos que ven pacientes en el hospital. Además, podríamos necesitar divulgar la PHI acerca de usted para las «operaciones de cuidados de la salud» de otros proveedores involucrados en su cuidado para mejorar la calidad, eficiencia y costos de su cuidado o para evaluar y mejorar el rendimiento de sus proveedores. Ejemplos de cómo pudiéramos necesitar usar o divulgar la PHI acerca de usted para realizar «operaciones de cuidados de la salud», incluyen los siguientes:

- *Revisión y mejoramiento de la calidad, eficiencia y costo del cuidado que proporcionamos a usted y a nuestros otros pacientes.* Por ejemplo podríamos necesitar usar la PHI acerca de usted para desarrollar formas para asistir a nuestros proveedores de cuidados de la salud y al personal en la decisión de elegir el tratamiento médico que se debe proporcionar a otros.
- *Mejorar el cuidado de la salud y disminuir los costos para grupos de individuos con problemas de salud similares y para asistir en la dirección y coordinación de los cuidados para estos grupos*. Podríamos necesitar usar la PHI para identificar grupos de individuos con problemas de salud similares para darles información, por ejemplo, sobre tratamientos alternativos, clases o procedimientos nuevos.
- *Revisión y evaluación de destrezas, calificaciones y rendimiento de los proveedores de cuidados de la salud que cuidan de usted.*
- *Proporcionar programas de adiestramiento para estudiantes, personal que se está adiestrando, proveedores de cuidados de la salud o personal no-médico (por ejemplo los empleados encargados de facturación, los asistentes, etc.) para ayudarlos a practicar o mejorar sus destrezas..*
- *Cooperación con organizaciones ajenas al hospital que evalúan la calidad del cuidado que nosotros y otros prestamos.* Estas organizaciones pueden incluir agencias gubernamentales u organismos de acreditación como The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- *Cooperación con organizaciones ajenas al hospital que evalúan, certifican o acreditan proveedores de cuidados de la salud, personal o instalaciones en un campo o especialidad en particular*. Por ejemplo, pudiéramos necesitar usar o divulgar la PHI para que una de nuestras enfermeras pueda certificarse por tener experiencia en un campo específico de la enfermería, tal como la enfermería pediátrica, o a organizaciones que acreditan nuestros programas especiales tales como nuestros programas de cáncer o de traumas.
- *Ayudar a diversos individuos que inspeccionan nuestras actividades.* Por ejemplo, la PHI puede ser vista por los doctores que están revisando los servicios que se le han proporcionado a usted, y por contadores, abogados y otros que nos ayudan a cumplir con las leyes pertinentes.
- *Planificación de operaciones futuras de nuestra organización y recaudación de fondos para el beneficio de nuestra organización*.
- *Desempeño de actividades gerenciales del negocio y actividades administrativas en general relacionadas con nuestra organización y los servicios que proporciona como las actividades llevadas a cabo por el Departamento Legal y de Minimización de Riesgos.*
- *Resolución interna de procedimientos de queja*
- *Revisión de actividades y uso o divulgación de la PHI, en la eventualidad de venta de nuestra empresa, propiedad o entrega del control de nuestra empresa o propiedad a alguien más.*
- *Cumplimiento de este aviso y leyes pertinentes.*

Asociados de negocios: Nosotros proveemos algunos servicios a través de individuos o compañías ajenas que llamamos «Asociados de negocios», incluyendo vendedores, proveedores de cuidados de la salud contratados, establecimientos de almacenamiento fuera de nuestras instalaciones, y compañías de seguro de responsabilidad civil. Para proteger la PHI acerca de usted, los «Asociados de negocios» por ley están obligados a proporcionar salvaguardias y procedimientos apropiados para la privacidad y seguridad de la PHI que se les confió bajo contrato.

2. Podríamos usar y divulgar la PHI en algunas circunstancias solo con su autorización.

En el caso de que queramos usar o divulgar PHI acerca de usted con propósitos de mercadeo o divulgar PHI acerca de usted para la venta de PHI, solo lo haremos después de obtener su autorización. Para cualquier otro uso o divulgación de PHI sobre usted de otra manera no descrita en este aviso de prácticas de privacidad, nosotros pediremos su autorización.

3. Podríamos usar y divulgar la PHI bajo otras circunstancias sin su autorización o sin la oportunidad de concordar u oponerse.

Puede que usemos o divulguemos PHI sobre usted por un sinnúmero de circunstancias en las que usted no tiene que consentir, autorizar o de otra manera tener la oportunidad de concordar u oponerse. Sin embargo, algunas leyes de Carolina del Norte respecto a tipos específicos de tratamiento puede que le proporcionen más protección y esas protecciones especiales se discuten en el inciso B.4 abajo indicado. Las circunstancias en las que usted no tiene que consentir, autorizar o de otra manera tener la oportunidad de concordar u oponerse incluyen:

- *Cuando el uso o divulgación se requiere por ley.* Por ejemplo, cuando una divulgación se requiere por la ley federal, estatal o local o por otro procedimiento judicial o administrativo.
- *Cuando el uso o divulgación es necesario por actividades de salud pública.* Por ejemplo, podemos divulgar la PHI acerca de usted si usted ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa o si está a riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección (sujeto a las restricciones especiales discutidas en el inciso B.4 más adelante). Esto incluye divulgación de por vida al North Carolina Cancer Registry, de la información acerca de pacientes de cáncer que tratamos.
- *Cuando la divulgación concierne a víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica*.
- *Cuando el uso o divulgación es por razón de vigilancia de actividades de salud.* Por ejemplo, podemos divulgar la PHI acerca de usted a una agencia estatal o federal de vigilancia de actividades de salud, tal como North Carolina Division of Health Regulation Services, la cual está autorizada por ley a vigilar nuestro funcionamiento (sujeto a las restricciones especiales que se discuten en el inciso B.4 más adelante).
- *Cuando la divulgación es para procedimientos judiciales y administrativos.* Por ejemplo, podemos divulgar la PHI acerca de usted en acatamiento a una orden de la corte o un tribunal administrativo.
- *Cuando la divulgación es por razones de cumplimiento de la ley.* Por ejemplo, nosotros podemos divulgar la PHI acerca de usted para cumplir con las leyes que requieren dar cuenta de ciertos tipos de heridas u otras lesiones físicas.
- *Cuando el uso o divulgación se relaciona con difuntos.* Por ejemplo, nosotros podemos divulgar la PHI acerca de usted a un pesquisidor o médico forense con el propósito de identificarlo en el caso de que usted muera.
- *Cuando el uso o divulgación se relaciona con la donación de órganos, ojos o tejido*.
- *Cuando el uso o divulgación se relaciona con la investigación médica.* Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar la PHI acerca de usted para investigación médica.
- *Cuando el uso o divulgación es para proteger contra una grave amenaza a la salud o seguridad*. Por ejemplo, podemos divulgar la PHI acerca de usted para evitar o disminuir una grave e inminente amenaza a la salud o seguridad de una persona o del público.
- *Cuando el uso o divulgación se relaciona con funciones gubernamentales especializadas.* Por ejemplo, podemos divulgar la PHI acerca de usted si se relaciona con actividades militares o de los veteranos, actividades de seguridad e información nacional, servicios de protección para el Presidente e idoneidad médica o las determinaciones médicas del Departamento de Estado.
- Cuando el uso o divulgación se relaciona con instituciones correccionales y en otras situaciones de custodia de cuerpos policiales. Por ejemplo, en ciertas circunstancias, podemos divulgar la PHI acerca de usted a una institución correccional con custodia legal sobre usted.
- Cuando el uso o divulgación es obligatorio bajo las leyes de Carolina del Norte en materia de compensación al trabajador. Por ejemplo, en ciertos casos, podemos divulgar la PHI acerca de usted a su empleador y a la compañía de seguro de su empleador que cubre en materia de compensación al trabajador, en cuanto a lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.

4. Usted se puede oponer a ciertos usos y divulgaciones.

A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar la PHI acerca de usted en las siguientes circunstancias (sujeto a las restricciones especiales que se discuten en el inciso B.4 más adelante):

- Podemos compartir su ubicación en la instalación y su condición en general (crítica, grave, etc.) en nuestra lista de pacientes con personas que pregunten por usted por su nombre. Además, esta información, incluyendo afiliación religiosa, está incluida en una lista del clero y se compartirá a petición, con clérigos de la comunidad (no empleados por el UNC Health Care System).
- Podemos compartir con un miembro de la familia, pariente, amigo u otra persona identificada por usted, la PHI directamente relacionada con la participación de esa persona en su cuidado o en el pago por su cuidado. Podemos compartir con un miembro de la familia, representante autorizado u otra persona responsable de su cuidado la PHI necesaria para notificar a dichas personas sobre su ubicación, condición general o fallecimiento.
- Podemos compartir con una agencia pública o privada (por ejemplo, la Cruz Roja Americana) la PHI acerca de usted por razones de auxilio en casos de desastre. Aun cuando usted se oponga, podemos compartir la PHI acerca de usted, si es necesario en circunstancias de emergencia.

Si usted se quiere oponer a nuestro uso o divulgación de la PHI acerca de usted en las circunstancias que se mencionan arriba, por favor comuníquese con nuestra persona de contacto cuyo nombre se encuentra en la primera página de este aviso.

5. Puede que usted tenga derechos adicionales bajo otras leyes.

Algunas leyes de Carolina del Norte le proporcionan más protección para tipos específicos de información que las leyes federales protegiendo la privacidad de información médica acerca de usted, y donde proceda, nosotros cumpliremos con los requisitos de esas leyes estatales. Algunas de estas leyes se discuten en otras secciones precedentes. Además, las siguientes leyes pueden aplicar al tratamiento que nosotros le damos a usted:

- Si usted tiene una de varias enfermedades contagiosas específicas (por ejemplo, tuberculosis, sífilis o VIH/SIDA), la información sobre su enfermedad se tratará como confidencial, y se divulgará sin su autorización escrita solo en circunstancias limitadas. Podríamos no necesitar obtener su permiso para denunciar información acerca de su enfermedad contagiosa a los oficiales estatales o locales o de otra manera usar o divulgar información con la finalidad de proteger en contra del contagio de la enfermedad.
- En conexión con la supervisión de nuestros servicios, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte, puede inspeccionar nuestras operaciones y puede examinar la información médica de nuestros pacientes. Si usted recibe servicios de parte de uno de nuestros servicios especiales, incluyendo nuestra agencia de atención en la casa, servicio de cuidados paliativos, instalación de cirugía ambulatoria o programa de rehabilitación cardíaca, antes de divulgar cualquier información de salud relacionada con usted a esta agencia, nosotros le daremos una notificación por escrito y la oportunidad de oponerse a dicha divulgación.
- Bajo la ley de Carolina del Norte, nuestra farmacia solamente divulgará o suministrará una copia de sus recetas médicas a:
  - usted, su guardián, o, si usted es un menor de edad, sus padres, guardián o a alguien actuando legalmente en nombre de sus padres; o a usted, si usted es menor de edad y ha accedido al tratamiento de la afección para la cual se emitió la receta;
  - al proveedor que emitió la receta o que lo está tratando;
  - un farmacéutico que le proporciona servicios farmacéuticos a usted;
  - una persona que nos presente una autorización por escrito firmada por usted o por su representante autorizado, dando permiso para divulgar la información;
  - una persona autorizada por citación con apercibimiento, orden de la corte o estatuto;
  - una empresa que por ley o contrato es responsable de proporcionar o pagar su cuidado médico;
  - un miembro o empleado designado del Board of Pharmacy (Consejo de Farmacia);
  - su ejecutor, administrador o cónyuge, si usted falleció;
  - investigadores aprobados por el Consejo de Farmacia, si hay medidas de protección adecuadas para proteger la confidencialidad de la información; o
  - la persona dueña de la farmacia o su agente autorizado;
  - también podemos divulgar información acerca de usted si de manera razonable creemos que la divulgación es necesaria para proteger la vida o salud de alguna persona.
- La ley de Carolina del Norte dispone en general que obtengamos su consentimiento por escrito antes de divulgar información de la salud acerca de su salud mental,