

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL CHILDREN'S HEALTH SYSTEM

IMPORTANTE: ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE SU HIJO/A PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

FAVOR DE REPASARLO CON CUIDADO.

① **La privacidad de su hijo/a es importante para nosotros**

Children's Health System (CHS) se compromete a respetar la privacidad de los pacientes y a proteger su información confidencial. **Este aviso de prácticas de privacidad describe los derechos de privacidad de su hijo/a y explica las maneras en que podemos compartir la información médica de su hijo/a con otras fuentes.**

Si usted no entiende los términos de este aviso, favor de pedir una explicación más extensa. Este aviso es un requisito bajo la nueva ley federal de privacidad de cuidado médico, *the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 HIPAA*.

② **Quién tiene que cumplir con este aviso**

Este aviso se aplica al expediente completo de su hijo/a generado por *CHS*. Este aviso describe las prácticas de *CHS* (incluyendo su hospital, centro de cirugía ambulatoria, oficinas de cuidado primario y especializado, clínicas, y fundación) y sus profesionales de cuidado médico autorizados a registrar información en el expediente de su hijo/a, empleados, personal médico (según lo especifica el *Organized Health Care Arrangement*, un convenio para compartir información médica establecido por *HIPAA*), estudiantes, y otros individuos y compañías autorizadas.

③ **Nuestra promesa de privacidad para usted y para su hijo/a**

Comprendemos que la información médica de su hijo/a es personal y debe ser protegida apropiadamente. *CHS* se compromete a usar o compartir la información médica de su hijo/a según lo requiere o permite la ley. Nos comprometemos a respetar los derechos de privacidad de su hijo/a y cumplir con todas las leyes aplicables de privacidad.

④ **Los derechos de privacidad de su hijo/a**

Aunque el expediente médico de su hijo/a es la propiedad física del *Children's Health System*, usted, como padre o guardián legal, es dueño/a de dicha información.

En el *Children's Health System*, usted tiene el derecho de:

- ☆ Pedir que se limite el uso y revelación de la información médica de su hijo/a. Usted tiene el derecho de pedir por escrito una restricción de la información médica de su hijo/a. Usted tal vez no pueda limitar los usos y revelaciones requeridos por la ley.
- ☆ Escoger la manera en que se le envíe la información médica de su hijo/a. Usted tiene el derecho de pedir por escrito que se le envíe la información médica de su hijo/a por otro medio o a una dirección diferente (p.ej., sólo a la dirección del trabajo, o "por fax" en lugar de "por correo"). Nosotros estamos obligados a aceptar su pedido si éste puede cumplirse razonablemente.
- ☆ El derecho de ver y recibir copias de la información médica de su hijo/a. Usted tiene el derecho de pedir por escrito el ver y recibir copias de la información médica de su hijo/a. Puede haber algún costo por estas copias. Por favor permítanos 14 días para procesar su pedido. Si no podemos cumplir con su pedido, le enviaremos la razón por escrito y, si usted quiere, puede pedir una revisión del mismo.

- ☆ Recibir una lista de los casos en que hemos revelado la información médica de su hijo/a. Usted tiene el derecho de pedir por escrito una lista de ciertos casos en que la información médica de su hijo/a ha sido revelada. Esta información puede estar limitada por ley.
- ☆ Enmendar la información médica de su hijo/a. Usted tiene el derecho de pedir por escrito que se enmiende la información médica de su hijo/a si usted cree que ésta se encuentra incompleta o incorrecta. Usted debe también proveer la razón para dicho cambio. Si nosotros no podemos cumplir con su pedido, le enviaremos la razón por escrito y usted puede pedir una revisión.
- ☆ Pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Usted tiene el derecho de pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. También puede visitar el sitio de Internet de *CHS* <http://www.chsys.org>.
- ☆ Revocar su autorización de usar o revelar la información médica de su hijo/a. Usted tiene el derecho de revocar por escrito su autorización, con la excepción de acciones previamente tomadas.

Favor de dejarnos saber cómo podemos ayudarle Para hacer un pedido por escrito para poder ejercer los derechos aquí estipulados, hay formularios disponibles en el primer piso en *Medical Information Services* de *Children's hospital* y con los gerentes de las clínicas en las clínicas de *CHS* que están afuera del hospital. Los equipos de *Registration*, *Medical Information Services*, y *Patient Relations* son sólo algunos de los designados para servirle.

⑤ Nuestras responsabilidades de privacidad

Children's Health System está obligado a:

- ☆ Mantener la privacidad de la información médica de su hijo/a;
- ☆ Proveerle este aviso con nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a proteger la información médica de su hijo/a.
- ☆ Cumplir con los términos de este aviso;
- ☆ Avisarle si no podemos cumplir con su pedido según lo especifica en este aviso; y,

⑥ Ejemplos de cómo utilizaremos y revelaremos la información médica de su hijo/a

- ☆ **Tratamiento:** Nosotros utilizaremos y revelaremos la información médica de su hijo/a registrada por una enfermera, doctor, u otra persona del equipo de cuidado médico de su hijo/a para determinar el mejor plan de tratamiento para su hijo/a. Esto también le dará al equipo de cuidado médico la habilidad de coordinar el cuidado, revisar el tratamiento que ha recibido su hijo/a y cómo está respondiendo al mismo. La información también se les puede enviar a usted y al personal médico por fax, por auto-fax y por correo electrónico, según sea apropiado.
- ☆ **Pago:** Nosotros utilizaremos y revelaremos la información médica de su hijo/a en una factura de cobro enviada a usted o a su compañía de seguro médico que incluye información que identifica a su hijo/a.
- ☆ **Operaciones de cuidados médicos:** Nosotros utilizaremos y revelaremos la información médica de su hijo/a para evaluar el cuidado de su hijo/a durante su visita y para llevar a cabo funciones rutinarias de administración, tal como las evaluaciones de acreditación y para mejorar los servicios de cuidado médico.

⑦ Ejemplos de cómo podemos utilizar y revelar la información médica de su hijo/a

- ☆ **Recordatorios de cita o llamadas:** Podemos utilizar y revelar la información médica de su hijo/a para ponernos en contacto con usted, recordarle alguna cita que su hijo/a tenga pendiente, o para cuidado posterior a una cita.
- ☆ **Opciones de tratamiento y beneficios del tratamiento relacionados a la salud:** Podemos utilizar y revelar la información médica de su hijo/a mientras discutimos con usted las posibles opciones de tratamiento, las alternativas, y los beneficios de salud para su hijo/a.
- ☆ **Según lo estipulado o lo permitido por ley:** Podemos utilizar y revelar la información médica de su hijo/a cuando sea requerido o permitido por la ley federal, estatal o local, incluso para reportar el abuso de menores o negligencia, para funciones específicas del gobierno o para otras situaciones especializadas como donación de órganos.

- ☆ **Asociados de negocio:** Podemos utilizar y revelar la información médica de su hijo/a a nuestros asociados de negocio para que ellos puedan ejecutar el trabajo que le pedimos. Ellos deben proteger apropiadamente la información médica de su hijo/a.
- ☆ **Para la salud y seguridad pública:** Podemos utilizar y revelar la información médica de su hijo/a a una agencia de salud o a un individuo encargado de controlar enfermedades, heridas, o incapacidades o de prevenir algún riesgo a la salud y seguridad pública, según sea apropiado. Entre estas agencias se encuentran la *U.S. Food and Drug Administration* y el *Alabama Health Department*.
- ☆ **Para la ejecución de la ley o para litigación:** Podemos utilizar y revelar la información médica de su hijo/a con el propósito del cumplimiento de la ley o de cualquier litigación según lo estipulado por ley, en respuesta a una citación válida, u otra orden de corte.
- ☆ **Investigación:** Podemos utilizar y revelar la información médica de su hijo/a según lo autoriza el protocolo que garantiza la privacidad de su hijo/a.
- ☆ **Para recaudar fondos o con fines publicitarios:** Podemos utilizar y revelar la información médica de su hijo/a para recaudar fondos en beneficio de CHS y su fundación. Sólo se revelaría su información de contacto, como nombre, dirección, número de teléfono, y fechas de visita. Si usted no quiere que CHS se comunique con usted durante sus campañas de recaudación de fondos, usted debe avisar por escrito al *CHS Privacy Officer*.
- ☆ **Registro y áreas de espera:** Podemos revelar la información médica de su hijo/a en hojas de registro, para llamarlo y facilitar los servicios en las salas de espera, y para llamarlo por el sistema de altavoz.
- ☆ **Las pizarras blancas:** Podemos revelar la información médica de su hijo/a en las pizarras blancas para facilitar el cuidado de los pacientes.

⑧ **Cuándo tendrá usted la oportunidad de objetar:**

- ☆ **El directorio de información de pacientes hospitalizados:** A menos que usted exprese durante el proceso de admisión que no está de acuerdo con lo siguiente, nosotros podemos compartir cierta información limitada acerca de su hijo/a según aparece en el directorio de pacientes hospitalizados, como por ejemplo, el nombre de su hijo/a, el lugar donde se encuentra en el hospital, su condición general, o su afiliación religiosa (que sólo se comparte con miembros del clero). Dicha información puede ser compartida con las personas que pregunten por su hijo/a usando su nombre (incluyendo la prensa). Esto permitirá que su familia, amigos, y miembros del clero visiten a su hijo/a, estén al tanto de la condición de su hijo/a, y también que se le entreguen regalos o paquetes que han sido enviados a su nombre.
- ☆ **Notificación:** Para pacientes menores de edad, podemos utilizar o revelar la información médica a sus padres o guardián legal. Para pacientes adultos, podemos utilizar o revelar información médica para que se le notifique a algún familiar, representante personal, o alguna otra persona encargada de su cuidado.

⑨ **Otras consideraciones importantes:**

- ☆ **Quejas:** Si usted cree que los derechos de privacidad de su hijo/a han sido violados, favor de ponerse en contacto con su representante de *CHS Patient Relations, Children's Health System*, 1600 7th Avenue South, Birmingham, AL 35233, número de teléfono: (205) 939-9191, fax: (205) 939-6724. El departamento de *CHS Patient Relations* y el *Privacy Officer* responderá a su pedido. Usted también puede registrar su queja con *the Office for Civil Rights, Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta Federal Center*, Suite 3B70, 61 Forsyth Street, S.W., Atlanta, GA 30303, número de teléfono: (404) 562-7886, fax: (404) 562-7881. El cuidado de su hijo/a nunca será afectado de manera negativa por su queja.
- ☆ **Cambios en este aviso:** Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y las prácticas de privacidad y de hacer los cambios efectivos para toda la información médica de su hijo/a que tenemos actualmente y también para la que recibiremos en el futuro. Si nuestras prácticas de privacidad cambian, nosotros pondremos una copia del nuevo aviso en un lugar visible. También estará disponible en el sitio de Internet de *CHS*. La fecha efectiva de este aviso es de inmediato y supersede el aviso original con la fecha efectiva del 14 de abril del 2003.
- ☆ **Otros usos de la información médica de su hijo/a:** No utilizaremos ni revelaremos la información médica de su hijo/a, sin su permiso/ autorización, excepto según lo describe este aviso o se requiere bajo la ley. Usted puede autorizar la revelación de dicha información por otros motivos, llenando una forma de autorización escrita que cumpla con los requisitos de la ley. Usted puede revocar por escrito dicha autorización en cualquier momento.

Para más información: *Favor de comunicarse con el CHS Privacy Officer, Children's Health System, 1600 7th Avenue South, Birmingham, AL 35233 número de teléfono (205) 939-5959, fax (205) 558-2180.*



CHILDREN'S
HEALTH SYSTEM®

Para más información:

Favor de comunicarse con el CHS Privacy Officer at Children's Health System
1600 7th Avenue South • Birmingham, AL 35233
(205) 939-5959 número de teléfono • (205) 558-2180 fax

© 2003, 2006 Children's Health System