



SUS DERECHOS.

USTED TIENE DERECHO A LO SIGUIENTE:

- Obtener una copia de su historia clínica en versión electrónica o en papel;
- Corregir su historia clínica electrónica o en papel;
- Solicitar comunicaciones confidenciales;
- Pedirnos que restrinjamos la información que compartimos;
- Obtener una lista de las personas con quienes compartimos su información;
- Recibir una copia de este aviso de privacidad;
- Elegir a una persona que lo represente;
- Presentar una queja si considera que no se han respetado sus derechos de privacidad.

CUANDO SE TRATA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA, TIENE CIERTOS DERECHOS. ESTA SECCIÓN LO AYUDA A ENTENDER SUS DERECHOS Y ALGUNAS DE NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

OBTENER UNA COPIA DE SU HISTORIA CLÍNICA EN VERSIÓN ELECTRÓNICA O EN PAPEL

- Puede pedir consultar u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y de cualquier otro tipo de información médica sobre usted en nuestra posesión. Consultenos cómo hacerlo.
- En general, dentro de los treinta días posteriores a su solicitud, le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica. Puede que le cobremos un cargo razonable en función de los costos que esto implique.

SOLICITARNOS QUE CORRIJAMOS SU HISTORIA CLÍNICA

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Consultenos cómo hacerlo.
- Podemos negarnos a cumplir su solicitud, sin embargo, le informaremos el motivo por escrito dentro de un plazo de sesenta días.

SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono particular o laboral) o que le enviemos la correspondencia a otro domicilio.
- Aceptaremos cumplir con todas las solicitudes razonables.

PEDIRNOS QUE RESTRINJAMOS LA INFORMACIÓN QUE UTILIZAMOS O COMPARTIMOS

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, los pagos o en nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podremos negarnos si esto afectara su atención.
- Si usted paga un servicio o artículo de atención médica en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información para los pagos o en nuestras operaciones con su compañía de seguro médico. Aceptaremos su solicitud, a menos que la ley nos exija lo contrario.

OBTENER UNA LISTA DE LAS PERSONAS CON QUIENES COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN

- Puede solicitar una lista o un informe que detalle las veces que compartimos su información médica, con quienes la compartimos y los motivos. La lista contendrá información de los seis años anteriores a la fecha en que realice la solicitud.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, los pagos y las operaciones de atención médica, y cualquier otro tipo de divulgación (como las que usted nos haya pedido realizar). Le proporcionaremos un informe por año de forma gratuita. Sin embargo, le cobraremos un cargo razonable acorde a los costos en caso de solicitar otro informe dentro de los doce meses.

RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso de manera electrónica. Le entregaremos dicha copia con la mayor brevedad posible.

ELEGIR A UNA PERSONA QUE LO REPRESENTE

- Si usted le otorgó un poder médico a una persona o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autorización y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

PRESENTAR UNA QUEJA SI CONSIDERA QUE NO SE RESPETARON SUS DERECHOS

- Puede quejarse si considera que no hemos respetado sus derechos. Para hacerlo, se puede contactar con nosotros a través de los datos incluidos en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, por correo postal a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o ingresando en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos ningún tipo de represalia porque haya presentado una queja.

LEXINGTON REGIONAL REHABILITATION HOSPITAL, A/A: OFICIAL DE PRIVACIDAD
3085 TAYLOR ROAD • CAYCE, SC, 29033, TELÉFONO: 803.258.8240

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES.

PODREMOS UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA HACER LO SIGUIENTE:

- Brindarle atención;
- Gestionar nuestra organización;
- Facturarle nuestros servicios;
- Colaborar con temas de salud pública y seguridad;
- Realizar investigaciones;
- Cumplir con la ley;
- Responder solicitudes de donación de órganos y tejidos;
- Trabajar con médicos forenses o directores de funerarias;
- Abordar temas relacionados con el seguro de indemnización por accidentes laborales, el cumplimiento de la ley y otro tipo de solicitudes gubernamentales;
- Responder acciones legales y procesos judiciales.

EN GENERAL, ¿DE QUÉ FORMA UTILIZAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA? EN GENERAL, UTILIZAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PARA HACER LO SIGUIENTE:

BRINDARLE ATENCIÓN

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén atendiendo.

Por ejemplo: un médico que lo atiende por una lesión le consulta a otro médico sobre su estado de salud general.

PARA GESTIONAR NUESTRA ORGANIZACIÓN

- Podemos utilizar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestras prácticas, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

Por ejemplo: utilizamos su información médica para gestionar su tratamiento y sus servicios.

PARA FACTURARLE LOS SERVICIOS

- Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de los planes médicos u otros tipos de entidades.

Por ejemplo: le brindamos su información al plan médico para que cubra sus servicios.

¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS UTILIZAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA? ESTAMOS AUTORIZADOS U OBLIGADOS A COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE OTRAS MANERAS; GENERALMENTE, PARA CONTRIBUIR CON EL BIEN PÚBLICO, COMO LA SALUD PÚBLICA Y LA INVESTIGACIÓN. DEBEMOS CUMPLIR MUCHAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR LA LEY ANTES DE PODER COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA ESTOS FINES. PUEDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN EN WWW.HHS.GOV/OCR/PRIVACY/HIPAA/UNDERSTANDING/CONSUMERS/INDEX.HTML.

COLABORAR CON TEMAS DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD

- Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, por ejemplo, para hacer lo siguiente:

- Prevenir enfermedades;
- Ayudar en el retiro de productos;
- Informar reacciones adversas a medicamentos;
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Prevenir o mitigar una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona;

REALIZAR INVESTIGACIONES

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación médica.

CUMPLIR CON LA LEY

- Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si desde esa entidad nos solicitan prueba de 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 procuración de órganos.

TRABAJAR CON MÉDICOS FORENSES O DIRECTORES DE FUNERARIAS

- Podemos compartir su información médica con médicos forenses o directores de funerarias en caso de fallecimiento.

ABORDAR TEMAS RELACIONADOS CON EL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES, EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY Y OTRO TIPO DE SOLICITUDES GUBERNAMENTALES

- Podemos usar o compartir su información médica en los siguientes casos:
 - Ante reclamos del seguro de indemnización por accidentes laborales;
 - A los fines de cumplir con la ley o con un funcionario del orden público;
 - Con entidades de supervisión médica para actividades autorizadas por ley;
 - Para funciones gubernamentales especiales, como funciones militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

RESPONDER ACCIONES LEGALES Y PROCESOS JUDICIALES

- Podemos compartir su información médica para responder una orden judicial o administrativa, o una citación.

SUS OPCIONES.

PODRÁ ELEGIR LA FORMA EN QUE UTILICEMOS Y COMPARTAMOS LA INFORMACIÓN PARA HACER LO SIGUIENTE:

- Informarles a su familia y amigos acerca de su afección;
- Proporcionar socorro en caso de catástrofes;
- Incluirlo en el directorio de un hospital;
- Proporcionar atención de salud mental;
- Comercializar nuestros servicios y vender su información;
- Recaudar fondos.

CON RESPECTO A CIERTO TIPO DE INFORMACIÓN MÉDICA, PUEDE INDICARNOS QUÉ COMPARTIR. SI TIENE UNA CLARA PREFERENCIA SOBRE CÓMO DEBEMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN EN LAS SITUACIONES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN, COMUNÍQUESE CON NOSOTROS. DÍGANOS CÓMO DESEA QUE PROCEDAMOS, Y SEGUIREMOS SUS INSTRUCCIONES.

EN LOS SIGUIENTES CASOS, USTED TIENE EL DERECHO Y LA OPCIÓN DE SOLICITARNOS LO SIGUIENTE:

- Que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención;
- Que compartamos información en una situación de socorro en caso de desastres;
- Que incluyamos su información en el directorio de un hospital.

Si no fuera capaz de indicarnos su preferencia, por ejemplo, porque se encuentra inconsciente, podremos proceder a compartir su información si consideramos que es para su mejor beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario a fin de mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

NUNCA COMPARTIREMOS SU INFORMACIÓN EN LOS SIGUIENTES CASOS, A MENOS QUE NOS AUTORICE POR ESCRITO A HACERLO:

- Con fines de comercialización;
- Para la venta de su información;
- En la mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia.

PARA LA RECAUDACIÓN DE FONDOS:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, no obstante, puede solicitarnos que no lo volvamos a hacer.

TRATAMIENTO ESPECIAL DE INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE

Por su naturaleza sensible, puede que cierto tipo de la información médica se trate de manera diferente y con mayor nivel de confidencialidad, según lo definen las leyes estatales y federales. Esto incluye información relacionada con el VIH, cierta información sobre el abuso de sustancias, el tratamiento por la dependencia de drogas o alcohol y cierto tipo de información de salud mental.

INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Lexington Regional Rehabilitation Hospital puede participar de ciertos intercambios electrónicos de información médica que permiten que su información médica se comparta en forma electrónica con otros hospitales, médicos, profesionales o instalaciones médicas involucrados en su tratamiento. Lexington Regional Rehabilitation Hospital puede compartir su información a través de intercambios de información médica, a menos que usted nos indique lo contrario. Usted tiene derecho a negarse a participar en cualquiera o todos los intercambios de información médica en los que Lexington Regional Rehabilitation Hospital participe en la actualidad o en los que Lexington Regional Rehabilitation Hospital pudiera participar en el futuro. Aunque no desee participar en un intercambio de información médica, igual recibirá tratamiento. Lexington Regional Rehabilitation Hospital no compartirá su información en un intercambio de información médica si usted nos indica que no desea que se comparta dicha información. Si no desea participar en los intercambios de información médica de Lexington Regional Rehabilitation Hospital, nos lo puede decir contactándose con el oficial de privacidad al 803.258.8240 o informárselo en persona.

Notificaciones de eventos. Lexington Regional Rehabilitation Hospital puede enviarle notificaciones de eventos sobre su ingreso, traslado o alta de Lexington Regional Rehabilitation Hospital a su proveedor de atención primaria o a otros proveedores de atención médica o entidades que usted haya identificado como principales responsables de su atención médica. Además, dichas notificaciones se pueden enviar a cualquier proveedor de consulta o a proveedores de atención posaguda responsables de su atención médica después del alta de Lexington Regional Rehabilitation Hospital. Usted tiene derecho a rechazar que dichas notificaciones se envíen a alguno o a todos sus proveedores identificados.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurriera algún tipo de incumplimiento que pudiera comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la aquí descrita, a menos que usted nos lo indique por escrito. Puede dejar sin efecto su autorización en cualquier momento. Infórmenos por escrito si desea hacerlo.

Puede obtener más información en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y estos se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Podrá solicitar el aviso modificado en nuestros consultorios y en SRI.ernesthealth.com

Fecha de entrada en vigencia: 15 de febrero de 2023

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD APLICA PARA LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES:

- Lexington Regional Rehabilitation Hospital, sus empleados, médicos y otros proveedores acreditados, y
- Personas o entidades que prestan servicios para el hospital en virtud de acuerdos que contengan protecciones de privacidad o cuya divulgación de información médica esté permitida por la ley;
- Personas o entidades con las que el hospital coordina los acuerdos de atención;
- Nuestros voluntarios y estudiantes de medicina, enfermería y otras especialidades médicas.