

Servicios de farmacia especializada

Paquete de bienvenida



Contenido

Bienvenida	3
Ubicación	3
Horario	3
Farmacia especializada	3
Apoyo clínico fuera del horario laboral	3
Contáctenos	3
Servicios al paciente	4
Programa de gestión de pacientes	5
Exclusión voluntaria	5
Derechos y responsabilidades	5
Servicios lingüísticos y específicos para el paciente	6
Preguntas frecuentes	7
¿En qué se diferencia una farmacia especializada de una farmacia minorista?	7
¿Cómo llega mi nueva receta a la farmacia? ¿Cómo sé cuándo la recibiré?	7
¿Cuándo se comunicará conmigo o con mi proveedor la farmacia especializada?	7
¿Cómo pago mis medicamentos?	8
¿Cómo obtengo un resurtido?	8
¿Qué debo hacer si tengo preguntas sobre el estado de mi pedido?	8
¿La farmacia especializada podrá surtir todos mis medicamentos?	8
¿Alguna vez sustituirán mi medicamento por otro diferente?	8
¿Qué debo hacer si retiran mi medicamento del mercado?	9
¿Qué debo hacer si creo que puedo estar teniendo una reacción adversa (mala) a mi medicamento?	9
¿Qué debo hacer si sospecho que hay un error de medicación?	9
¿Qué pasa si no estoy satisfecho con los servicios que recibo?	9
Derechos y responsabilidades del paciente	10
Derechos del paciente	10
Responsabilidades del paciente	10
Eliminación de medicamentos y suministros	11
Medicamentos no utilizados	11
Quimioterapia y fármacos peligrosos	11
Residuos biomédicos generados en el hogar	11
Planificar para una emergencia	13
Prepararse con la farmacia	13
Prepararse en casa	13
Respuesta	13
Llegar a la farmacia	13
¿Necesita ayuda?	13
Consejos de bienestar	14
Lavarse las manos	14
¿Cuándo debemos lavarnos las manos?	14
¿Cómo debe lavarse las manos?	14
Prevención de la gripe	14
¿Cómo puede ayudar a detener la propagación?	14
Recursos	14
Aviso de prácticas de privacidad	15

Le damos la bienvenida

Gracias por ser paciente de los servicios de farmacia especializada de Hospital Sisters Health System.

Nuestro objetivo es garantizar que los pacientes y sus cuidadores reciban la atención y el apoyo que necesitan para tener éxito con su tratamiento. Puede contar con nuestra orientación, compasión y educación durante toda su terapia.

Ubicación

HSHS Specialty Pharmacy Services
400 N. 9th St., Suite 1500
Springfield, IL 62702

Horario

Farmacia especializada

Lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

Apoyo clínico fuera del horario laboral

24 horas al día, 365 días al año

- Estamos cerrados pero ofrecemos servicios de guardia los siguientes días festivos:
- Día de Año Nuevo (1 de enero)
- Día de los Caídos (último lunes de mayo)
- Día de la Independencia (4 de julio)
- Día del Trabajo (primer lunes de septiembre)
- Acción de Gracias (cuarto jueves de noviembre)
- Día de Navidad (25 de diciembre)

Contáctenos

Teléfono:

- Farmacia especializada local: 217-993-8184
- Farmacia especializada, número gratuito: 888-921-7691
- Apoyo clínico fuera del horario laboral: 888-921-7691
- Correo electrónico: Specialty.Pharmacy@hshs.org
- Sitio web: hshs.org/pharmacy

Descripción general de la farmacia

Los servicios de la farmacia especializada de HSHS ofrecen servicios completos de farmacia especializada a pacientes que viven en el área central y sur de Illinois. Nuestros servicios están diseñados para satisfacer las necesidades de cada uno de nuestros pacientes. Nuestro equipo de farmacéuticos clínicos y técnicos están especialmente capacitados en su afección.

Ofrecemos:

- Asesoramiento personalizado sobre su medicación
- Recordatorios de resurtido
- Entrega gratuita de sus medicamentos de especialidad al lugar de su elección
- Asistencia con sus beneficios y programas de asistencia financiera
- Información sobre su enfermedad

Servicios al paciente

Trabajamos con usted y su proveedor durante toda su terapia. Nuestra función es brindarle medicamentos especializados recetados con el más alto nivel de atención.

Comuníquese con la farmacia especializada al 217-993-8184 si tiene preguntas sobre lo siguiente:

- Surtir o resurtir su medicamento
- Transferir una receta a nuestra farmacia o a otra farmacia
- Estados de pedidos o retrasos en los pedidos
- Cobertura de seguro y costos de recetas
- Medicamentos o inquietudes
- Presentar una queja
- Nuestro programa de gestión de pacientes

Comuníquese con nuestro soporte clínico fuera del horario de atención al 888-921-7691 si tiene preguntas clínicas o inquietudes sobre su medicamento que no pueden esperar hasta el siguiente día hábil.



Programa de gestión de pacientes

Nuestros pacientes de farmacia especializada se inscriben automáticamente en nuestro servicio de medicamentos de especialidad para enfermedades específicas, llamado Programa de gestión de pacientes (patient management program, PMP). Este programa gratuito está diseñado para maximizar su oportunidad de obtener un resultado positivo y minimizar cualquier efecto negativo de su terapia especializada.

Los medicamentos de especialidad a menudo se consideran de alto riesgo debido a su alto costo, alta frecuencia de efectos secundarios y, en algunos casos, procesos de administración difíciles. Al participar en el PMP, nuestros médicos pueden hacer lo siguiente:

- Vigilar más de cerca su respuesta a la terapia
- Identificar y responder a cualquier efecto secundario u otras áreas de preocupación más rápidamente
- Trabajar con su proveedor para abordar estas áreas de preocupación
- Ayudarlo a acceder a los programas de asistencia al paciente y otros programas de asistencia financiera para garantizar su acceso a los medicamentos que necesita

Para que usted obtenga el máximo beneficio de nuestro PMP, manténganos informados sobre cualquier inquietud, problema o cambio en su respuesta a la terapia o capacidad para obtener terapia. Para obtener más información sobre el PMP, pregunte a cualquier miembro del equipo de farmacia especializada llamando al 217-993-8184 o enviando un correo electrónico a Specialty.Pharmacy@hshs.org.

Exclusión voluntaria

Se recomienda con énfasis la participación continua en el PMP. Sin embargo, puede optar por no participar en el PMP en cualquier momento de su terapia. Seguirá recibiendo sus llamadas de recordatorio de resurtido incluso si opta por no participar en el PMP. También puede optar por volver a participar en el programa en cualquier momento. Para optar por no participar o volver a participar en el PMP, simplemente dígaselo a cualquier miembro del equipo de la farmacia. Lo conectarán con el farmacéutico para que haga la nota en su registro electrónico de paciente.

Derechos y responsabilidades

Como participante del PMP, usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades. Algunos de ellos se superpondrán con sus derechos y responsabilidades generales como paciente que se encuentran más adelante en este paquete.

1. El derecho a saber sobre la filosofía y características del PMP
2. El derecho a que la información médica personal se comparta con el PMP solo de conformidad con las leyes estatales y federales
3. El derecho a identificar a los miembros del equipo PMP, incluido su puesto de trabajo, y a hablar con el supervisor de un miembro del equipo si lo solicita
4. El derecho a hablar con un profesional de la salud
5. El derecho a recibir información sobre el PMP
6. El derecho a recibir información administrativa sobre cambios o terminación del PMP
7. El derecho a rechazar la participación, revocar el consentimiento o cancelar la inscripción en cualquier momento
8. La responsabilidad de presentar todos los formularios necesarios para participar en el programa en la medida requerida por la ley
9. La responsabilidad de proporcionar información clínica y de contacto precisa y notificar al PMP sobre los cambios en esta información
10. La responsabilidad de notificar a su proveedor tratante sobre su participación en el PMP, si corresponde

Servicios lingüísticos y específicos para el paciente

Damos la bienvenida y cumplimos con los estándares de idioma y servicios específicos para el paciente. Podemos proporcionar intérpretes médicos capacitados y calificados para nuestros pacientes y sus familias sin costo para ellos. Los intérpretes pueden ayudar a garantizar una comunicación efectiva para quienes tienen estas características:

- Dominio limitado del inglés (Limited-English Proficient, LEP)
- Sordo/con dificultades auditivas (Hard of Hearing, HOH)
- Otros desafíos de comunicación

También contamos con recursos para apoyar a nuestra población de pacientes. Informe a un miembro del equipo de farmacia si:

- necesita ayuda de un servicio de interpretación;
- su idioma o modo de comunicación preferencial es distinto del inglés;
- tiene alguna otra necesidad de comunicación o de algún paciente específico.



Preguntas frecuentes

¿En qué se diferencia una farmacia especializada de una farmacia minorista?

Las farmacias especializadas se dedican a garantizar que su terapia proporcione el mejor resultado posible. Estas son algunas de las cosas que hacemos:

- Lo inscribimos en un programa de gestión de pacientes
- Nos aseguramos de que tenga acceso a su medicación sin interrupciones en la terapia.

Esto incluye:

- Programar la pronta entrega del medicamento
- Asistencia con autorizaciones previas
- Ayuda con asistencia financiera
- Colaboramos con usted y su proveedor para lograr los objetivos del tratamiento terapéutico a través de nuestro programa de gestión de pacientes
- Le proporcionamos una revisión exhaustiva de su medicación. Esto incluye:
 - Obtener una lista precisa de sus recetas actuales
 - Detección de interacciones medicamentosas específicas de la enfermedad

¿Cómo llega mi nueva receta a la farmacia? ¿Cómo sé cuándo la recibiré?

Hay algunas formas en las que podemos recibir su nueva receta:

- Su proveedor enviará la receta electrónicamente cuando se le prescriba el tratamiento. Este es el método más común.
- Su proveedor escribirá una receta en papel y la enviará a la farmacia por correo o fax.
- Su proveedor llamará para solicitar la receta.

Cuando recibamos la receta de su proveedor, la revisaremos, organizaremos el reembolso y surtiremos su medicamento.

Una vez que esté listo nos comunicaremos con usted para programar la entrega. También puede recoger su receta en la farmacia a su conveniencia.

¿Cuándo se comunicará conmigo o con mi proveedor la farmacia especializada?

La farmacia especializada lo llamará para:

- hablar sobre su receta y el monto del copago;
- programar la hora de entrega o recogida;
- avisarle de cualquier retraso en su pedido;
- repasar cómo almacenar sus medicamentos;
- verificar la información de su seguro de recetas;
- obtener documentación de sus ingresos para inscribirlo en la asistencia financiera;
- proporcionar asesoramiento sobre su medicación;
- hacerle saber que debemos transferir su receta a otra farmacia especializada;
- notificarle sobre cualquier retiro de su medicamento por parte de la FDA.

Nos pondremos en contacto con su proveedor:

- a petición suya;
- cuando se quede sin resurtidos.

¿Cómo pago mis medicamentos?

Los servicios de farmacia especializada de HSHS pueden aceptar y facturar a la mayoría de las compañías de seguros. Nuestro equipo trabajará con su compañía de seguros y proveedor para cubrir su receta. Lo ayudaremos a obtener ayuda financiera si es necesario. Usted será responsable de pagar su copago o coseguro cuando solicite su medicamento. Le informaremos la cantidad exacta que debe pagar. Le proporcionaremos el precio fuera de la red si:

- está fuera de la red de nuestra farmacia;
- prefiere pagar en efectivo;
- no tiene seguro.

Para el pago aceptamos lo siguiente:

- Tarjetas de crédito
- Dinero en efectivo
- Cheques personales
- Cuentas de gastos flexibles o de ahorro para la salud

Si aún debe un saldo por cualquier motivo, deberá pagarlo antes de su próximo resurtido.

¿Cómo obtengo un resurtido?

Un técnico de farmacia especializada se comunicará con usted antes de que se agote su medicamento. Haremos lo siguiente:

- Comprobar su progreso
- Preguntar sobre cualquier efecto secundario
- Verificar su dosis
- Determinar la hora de envío o recogida de su próximo resurtido

También puede recoger su receta en la farmacia cuando le resulte conveniente. Se requiere el pago antes de que su medicamento pueda ser enviado o recogido en la farmacia. Llame al 217-993-8184 durante nuestro horario comercial normal si tiene preguntas o necesita ayuda.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas sobre el estado de mi pedido?

Si tiene preguntas sobre el estado de su pedido, comuníquese con la farmacia durante el horario comercial normal llamando al 217-993-8184. También puede dejar un mensaje en nuestro correo de voz.

¿La farmacia especializada podrá surtir todos mis medicamentos?

Tenemos acceso y stock de una amplia gama de medicamentos de especialidad. Si no podemos obtener sus medicamentos por cualquier motivo, transferiremos su receta a otra farmacia de su elección. Nuestro equipo trabajará con usted para garantizar que reciba todos sus medicamentos.

¿Alguna vez sustituirán mi medicamento por otro diferente?

Le informaremos si hay sustituciones genéricas menos costosas disponibles para los medicamentos que le proporcionamos. Puede aceptar la sustitución genérica o solicitar el producto de marca. Si solicita el producto de marca, es posible que tenga un copago mucho más alto.

¿Qué debo hacer si retiran mi medicamento del mercado?

Si hay un retiro del mercado de alguno de sus medicamentos, lo llamaremos con información importante y le proporcionaremos las dosis de reemplazo necesarias.

¿Qué debo hacer si creo que puedo estar teniendo una reacción adversa (mala) a mi medicamento?

Si siente que está teniendo una reacción grave a un medicamento o experimenta síntomas que requieren atención urgente, debe acudir a una sala de emergencias local o llamar al 911.

Los síntomas que requieren atención urgente incluyen los siguientes:

- Dificultad para respirar
- Erupción cutánea
- Urticaria
- Fiebre
- Hinchazón
- Sibilancias

Comuníquese con la farmacia el siguiente día hábil y háganos saber sobre la reacción y las medidas que haya tomado.

¿Qué debo hacer si sospecho que hay un error de medicación?

Los errores de medicación son asuntos graves que deben abordarse tan pronto como se descubren. Si sospecha que hay un error con su medicación, comuníquese con nosotros de inmediato y solicite hablar con el farmacéutico o el supervisor de la farmacia especializada.

¿Qué pasa si no estoy satisfecho con los servicios que recibo?

Intentaremos resolver cualquier inquietud o problema que experimente lo más rápido posible. Puede comunicarse con el equipo de farmacia al 217-993-8184.

Si no podemos resolver su queja, puede comunicarse con:

- Departamento de Experiencia del Paciente (Patient Experience Department) al 217-544-6464
- Su compañía de seguros
- Junta de Farmacia de Illinois (Illinois Board of Pharmacy) al 888-473-4858 o en línea en <https://idfpr.illinois.gov/profs/boards/pharmacy.html>
- Comisión de Acreditación para la Atención Médica (Accreditation Commission for Health Care) al 855-937-2242

Derechos y responsabilidades del paciente

Como paciente de los servicios de farmacia especializada de HSHS St John's, usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades. Si considera que no se le ha brindado alguno de estos derechos, comuníquese con el equipo de farmacia al 217-993-8184.

Derechos del paciente

- Estar completamente informado con antelación sobre la atención/servicio que se proporcionará, incluidas las disciplinas que brindan la atención y la frecuencia de las visitas, así como cualquier modificación al plan de atención.
- Ser informado con antelación, tanto oralmente como por escrito, de los cargos asociados con la atención/servicio, incluido el pago esperado de terceros y cualquier cargo por el cual el paciente será responsable.
- Recibir información sobre el alcance de los servicios que brindará la organización.
- Participar en el desarrollo y revisión periódica del plan de atención.
- Rechazar atención o tratamiento después de que se presenten plenamente las consecuencias de rechazar la atención o el tratamiento.
- Ser informado de los derechos del paciente conforme a la ley estatal para formular directivas anticipadas, si corresponde.
- Que sus bienes y su persona sean tratados con respeto, consideración y reconocimiento de la dignidad e individualidad del paciente.
- Ser capaz de identificar al personal visitante mediante una identificación adecuada.
- No recibir malos tratos, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas lesiones de origen desconocido y apropiación indebida de la propiedad del paciente.
- Expresar quejas o reclamos sobre el tratamiento, la atención o la falta de respeto a la propiedad y recomendar cambios en las políticas, el personal o la atención/servicio sin restricciones, interferencias, coerción ni represalias.
- Presentar quejas o reclamos sobre tratamientos o cuidados que se brindan (o no se brindan) y que se investigue la falta de respeto a la propiedad.
- Que toda la Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) y otra información contenida en el expediente del paciente se mantenga privada y confidencial.
- Recibir información sobre las políticas y procedimientos de la farmacia con respecto a la divulgación de registros clínicos.
- Elegir un proveedor de atención médica, incluido un médico tratante, si corresponde.
- Recibir atención adecuada centrada en el paciente, de acuerdo con las órdenes del médico o del profesional autorizado.
- Ser informado de cualquier beneficio financiero cuando sea referido a una organización.
- Estar plenamente informado de sus responsabilidades.

Responsabilidades del paciente

- Presentar los formularios necesarios para recibir los servicios.
- Proporcionar información médica y de contacto precisa y notificar cualquier cambio.
- Notificar al proveedor tratante sobre la participación en los servicios prestados por la organización.
- Notificar a la organización cualquier inquietud sobre la atención o los servicios prestados.

Eliminación de medicamentos y suministros

Medicamentos no utilizados

Si necesita deshacerse de medicamentos no utilizados, hay dos opciones disponibles.

Puede desechar las recetas no utilizadas en un “Programa de devolución” de medicamentos. Nuestro equipo lo ayudará a encontrar las fechas y lugares de dichos eventos.

También puede desechar los medicamentos no utilizados en casa mezclándolos con arena para gatos o posos de café usados y colocando la mezcla en un recipiente sellado. El recipiente sellado luego puede tirarse a la basura doméstica.

Encuentre más información en:

- RXdrugdropbox.org
- <http://www.fda.gov/forconsumers/consumerupdates/ucm101653.htm>
- <https://medtakebackillinois.org/>

Quimioterapia y fármacos peligrosos

NO puede desechar medicamentos de quimioterapia ni otros medicamentos peligrosos tirándolos a la basura ni por el inodoro.

Residuos biomédicos generados en el hogar

Los desechos biomédicos generados en el hogar son cualquier tipo de jeringa, lanceta o aguja utilizada en el hogar para inyectar medicamentos o extraer sangre. Se debe tener especial cuidado con la eliminación de estos elementos. Estas precauciones lo protegerán a usted y a otras personas de lesiones y mantendrán el medio ambiente seguro y limpio.

Seguridad contra pinchazos con agujas

- Planifique una manipulación y eliminación seguras antes de usar
- No utilice una aguja más de una vez
- Nunca vuelva a colocar la tapa en una aguja una vez retirada
- Deseche las agujas usadas inmediatamente después de usarlas en un recipiente para objetos punzantes
- Mantenga fuera del alcance de los niños y las mascotas
- Informe a su médico sobre cualquier pinchazo con aguja o lesión con objetos punzantes

Si su terapia implica el uso de agujas, le daremos un recipiente para objetos punzantes para desecharlas. Después de usar su medicamento inyectable, coloque todas las agujas, jeringas, lancetas y otros objetos punzantes en un recipiente para objetos punzantes. Consulte con el servicio local de recolección de residuos o con el Departamento de Salud Pública para determinar los procedimientos de eliminación de los recipientes para objetos punzantes en su área.

Si no dispone de un recipiente para objetos punzantes, puede utilizar un recipiente de plástico duro o de metal con tapa de rosca u otra tapa que se pueda asegurar herméticamente. Por ejemplo, puede utilizar una lata dura vacía o un recipiente de detergente líquido. Una vez que los materiales estén en un recipiente aceptable, puede desecharlos en la basura de su casa.

NO debe colocar objetos afilados, como agujas o jeringas, en la basura a menos que estén en un recipiente para objetos afilados, y NO debe tirarlos por el inodoro.

Encuentre más información en:

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), eliminación segura de agujas en la comunidad, cdc.gov/needledisposal



Planificación para una emergencia

Prepararse con la farmacia

Preferimos prepararlo para una emergencia con anticipación que esperar que suceda. Podemos preguntarle a dónde irá si ocurre una emergencia, que puede ser un refugio, la casa de un amigo o familiar o un hospital. También podemos pedirle el nombre y el número de teléfono de un familiar cercano, amigo o vecino para usarlo como contacto alternativo.

Prepararse en casa

Sepa qué esperar, a dónde ir y qué hacer.

Debe saber cuáles son las emergencias más comunes en su área y qué hacer si ocurre una. Los recursos de emergencia locales, como la Cruz Roja, las agencias policiales y las estaciones de noticias y radio, generalmente brindan excelente información y consejos para la planificación.

Uno de los datos más importantes que debe saber es la ubicación del refugio para necesidades especiales más cercano. Estos refugios abren al público durante los períodos de evacuación voluntaria y obligatoria. Se especializan en el cuidado de pacientes con necesidades médicas especiales. Por lo general, son el lugar más seguro al que puede ir si no puede llegar a la casa de un amigo o familiar.

Respuesta

Cuando crea que puede ocurrir una emergencia, comuníquese con nosotros. Brindarnos la mayor cantidad de información posible nos ayudará a garantizar que reciba los suministros que necesita.

Si no se comunica con nosotros antes o durante una emergencia conocida, intentaremos comunicarnos con usted. Usaremos los números de teléfono que nos proporcionó para intentar determinar su ubicación y seguridad.

Evacuar su hogar

Si la emergencia requiere que evacue, lleve consigo sus medicamentos. Recuerde traer una hielera con bloques de hielo si alguno de sus medicamentos requiere refrigeración. Una vez que evacue a un espacio seguro, notifíquenos su nueva ubicación para que podamos asegurarnos de que no haya interrupciones en su terapia. Si necesita medicamentos, llámenos lo antes posible y haremos todo lo posible para ayudarlo.

Llegar a la farmacia

Si la farmacia especializada debe cerrar debido a un desastre, brindaremos instrucciones sobre cómo comunicarse con nuestro equipo, revisar los pedidos de medicamentos, programar entregas y recibir otra información importante en nuestro mensaje de contestador automático.

Si el viaje o el acceso a la farmacia está restringido debido a daños causados por el desastre, intentaremos avisarle por medio de los números de teléfono que nos proporcionó.

¿Necesita ayuda?

Para obtener más información sobre los preparativos y respuestas ante emergencias, visite el sitio web de FEMA en www.fema.gov.

Consejos de bienestar

Lavarse las manos

Keeping your hands clean is one of the most important steps in staying well. Basic hand washing with soap and water significantly reduces the spread of germs. If you do not have access to clean water, use hand sanitizer instead.

¿Cuándo debemos lavarnos las manos?

- Antes, durante y después de preparar alimentos
- Antes de comer alimentos
- Antes y después de cuidar a alguien enfermo
- Antes y después de tratar un corte o herida
- Después de usar el baño
- Después de cambiar pañales y limpiar o ayudar a un niño que ha usado el baño
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar
- Después de tocar un animal, alimento para animales o desechos animales
- Después de manipular alimentos o golosinas para mascotas
- Después de tocar basura

¿Cómo debe lavarse las manos?

1. **Mójese** las manos con agua corriente limpia (tibia o fría). Cierre el grifo. Aplique jabón.
2. **Enjabónese** las manos frotándolas con el jabón. Asegúrese de enjabonar el dorso de las manos, entre los dedos y debajo de las uñas.
3. **Frote** sus manos durante al menos 20 segundos. ¿Necesita un temporizador? Tararee la canción de “Feliz cumpleaños” de principio a fin, dos veces.
4. **Enjuáguese** bien las manos con agua corriente limpia.
5. **Séquese** las manos con una toalla limpia o déjelas secar al aire.

Prevención de la gripe

La gripe afecta a millones de personas cada año. Aunque muchas personas se recuperan de la gripe en casa, se estima que unas 250,000 personas son ingresadas en el hospital cada año. Desafortunadamente, más de 18,000 personas mueren anualmente debido a la gripe.

¿Cómo puede ayudar a detener la propagación?

- Vacúnese contra la gripe.
- Cúbrase al toser.
- Intente mantenerse alejado de otras personas que estén enfermas.
- Quédese en casa cuando se sienta enfermo.
- Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Limpie y desinfecte áreas potencialmente contaminadas.

Recursos

- www.cdc.gov/flu
- www.cdc.gov/handhygiene

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA, CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE UNA INFRACCIÓN Y CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE UNA INFRACCIÓN DE LA PRIVACIDAD O SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN. TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO (EN PAPEL O FORMULARIO ELECTRÓNICO) Y A CONSULTARLO CON EL DEPARTAMENTO DE PRIVACIDAD DE HOSPITAL SISTERS HEALTH SYSTEM, 4936 LAVERNA ROAD, SPRINGFIELD, ILLINOIS 62794-9456, AL (217) 757-3258 O ENVÍENOS UN CORREO ELECTRÓNICO A PRIVACYDEPARTMENT@HSHS.ORG SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.

POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

La ley federal exige que Hospital Sisters Health System (HSHS) y nuestros proveedores de atención médica mantengan la privacidad de su Información Médica Protegida (PHI). Estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso y a cumplir con los términos y condiciones del aviso más reciente. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y de que los nuevos términos se apliquen a toda su PHI que mantenemos. Le informaremos sobre nuestros nuevos términos del aviso actualizando nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, publicado en nuestro sitio web y en nuestras instalaciones.

AVISO CONJUNTO

HSHS y las entidades bajo propiedad y control común, junto con el personal médico y los profesionales de la salud aliados que brindan tratamiento en nuestras instalaciones, trabajan juntos en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA). Como parte del OHCA, compartimos su PHI según sea necesario para su tratamiento, para recibir el pago de los servicios y para llevar a cabo otras operaciones de atención médica, como la evaluación y mejora de la calidad. Este aviso conjunto describe cómo los profesionales de la salud y el personal, incluidos colegas, personal médico, estudiantes y voluntarios que participan en el OHCA, utilizan y divulgan su información médica. Un Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado por dichas entidades también cumplirá con el requisito de HIPAA de proporcionarle el aviso. Puede encontrar una lista de las entidades de Hospital Sisters Health System dentro de nuestra OCHA en el sitio web de Hospital Sisters Health System: <https://www.hshs.org/privacy-policy>.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

A continuación se presentan algunos ejemplos de diferentes formas en que se nos permite usar y divulgar su información médica sin su autorización.

- **Tratamiento.** Podemos divulgar su PHI en persona, por teléfono, correo postal, fax o electrónicamente a médicos, enfermeros, técnicos u otro personal involucrado en su atención o tratamiento. Por ejemplo, un médico puede usar la información de su historial médico para determinar qué opción de tratamiento, como un medicamento o una cirugía, se adapta mejor a sus necesidades de salud. Esta información se documenta en su historial médico para que otros profesionales de la salud puedan tomar decisiones médicas informadas sobre su atención. Si la ley lo exige, solicitaremos su autorización antes de divulgar notas de psicoterapia o resultados de pruebas de VIH a otros profesionales de la salud para fines de tratamiento.
- **Pago.** Podemos usar o divulgar su PHI para facturar y cobrarle a usted, a su compañía de seguros o a otras partes responsables de pagar sus servicios. Por ejemplo, podemos divulgar su diagnóstico, plan de tratamiento, resultados o progreso del tratamiento a su aseguradora médica para recibir el pago, a menos que se restrinja lo contrario, como se describe con más detalle en este aviso. Según lo exigen las leyes de Illinois y Wisconsin, solicitaremos su autorización antes de divulgar notas de psicoterapia o resultados de pruebas de VIH para fines de pago.
- **Operaciones de Atención Médica.** Podemos utilizar su PHI para ayudarnos a mejorar la calidad o el costo de la atención que brindamos, así como para administrar, operar y respaldar las actividades comerciales de nuestra organización. Esto puede incluir la evaluación de la atención brindada por sus médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud, o comparar la efectividad de su tratamiento con pacientes en situaciones similares. También podemos utilizar su información médica para capacitar a estudiantes que se preparan para carreras relacionadas con la salud y para continuar la capacitación de nuestros empleados actuales. Podemos divulgar su PHI a organizaciones de acreditación, certificación y licencias que revisan la calidad de nuestros servicios. Podemos divulgar su PHI a nuestros socios comerciales que nos brindan los servicios necesarios para operar y funcionar como una organización de atención médica y que tienen un contrato con nosotros para proteger la privacidad y seguridad de su información. Solo proporcionaremos la información mínima necesaria para que los socios desempeñen sus funciones. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a una entidad que tramite solicitudes de copias de historiales médicos en nuestro nombre.
- **Directorio de las Instalaciones.** A menos que se oponga, al ser ingresado como paciente hospitalizado o para servicios de corta estancia, incluiremos su nombre, ubicación en nuestras instalaciones y afiliación religiosa en nuestro directorio. Podemos proporcionar la información de nuestro directorio a cualquier persona que pregunte por usted por su nombre o a su iglesia si así lo solicita.

- **Notificación y comunicación con familiares y amigos.** Podemos divulgar su PHI a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su atención o del pago de la misma, para notificarles sobre su ubicación, estado general o fallecimiento. También podemos divulgar su PHI con fines de notificación a entidades públicas o privadas que colaboran en labores de socorro en caso de desastre. Le daremos la oportunidad de aceptar u oponerse antes de divulgar su información en estas situaciones. Si no puede aceptar u oponerse a una divulgación, o en casos de emergencia, utilizaremos nuestro mejor criterio para comunicarnos con su familia y otras personas.
- **Comunicaciones con usted.** Podemos utilizar su información para recordarle sus citas, proporcionarle resultados de pruebas, recomendarle alternativas de tratamiento o servicios de bienestar que puedan ser de su interés o enviarle encuestas sobre su atención médica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podríamos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial y, en algunas circunstancias, a una citación. En la mayoría de los casos, cuando la solicitud se realiza mediante una citación, una solicitud de descubrimiento o cualquier otro tipo de orden administrativa, se obtendrá su autorización antes de permitir la divulgación.
- **Requerido o Permitido por la Ley.** Podemos divulgar PHI a las autoridades policiales para fines como la identificación o localización de sospechosos, fugitivos o personas desaparecidas, víctimas de abuso o negligencia, o para cumplir con una orden judicial u otros fines policiales. Además, según lo exija la ley, podemos divulgar PHI a las autoridades competentes en el caso de pacientes bajo custodia policial o en un centro penitenciario.
- **Actividades de Salud Pública.** Podemos divulgar su PHI para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen, entre otras, las siguientes: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informar fallecimientos; informar a registros de cáncer u otros registros similares; informar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando; notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y notificar a la autoridad gubernamental competente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación con su consentimiento o cuando lo exija o autorice la ley.
- **Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos divulgar su PHI a las agencias de supervisión de la salud responsables de supervisar nuestras operaciones; esto puede incluir auditorías, investigaciones e inspecciones relacionadas con la supervisión del sistema de salud o de los programas de beneficios gubernamentales. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a agencias reguladoras que realizan una revisión de la calidad de nuestra atención.
- **Fallecimiento.** Podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, y a médicos forenses o legistas para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o realizar otras funciones exigidas por la ley. Por ejemplo, podemos proporcionar pruebas de VIH a directores de funerarias u otras personas que preparen un cuerpo para el entierro.
- **Donación de órganos, ojos o tejidos.** Podemos divulgar su PHI para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos y tejidos.
- **Investigación.** Podemos usar y divulgar su PHI para realizar investigaciones solo en ciertas circunstancias y tras un proceso de aprobación especial.
- **Filantropía.** Podemos utilizar su información, incluyendo, entre otros, nombre, dirección, sexo, fecha de nacimiento, médico tratante, departamento de servicios e información sobre resultados, para contactarlo con fines de recaudación de fondos, que apoyan actividades importantes de nuestros ministerios hospitalarios a través de la Fundación de las Hermanas del Hospital de San Francisco. Puede optar por no recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos en cualquier momento.
- **Amenaza grave para la salud y la seguridad.** Podemos divulgar su PHI a las autoridades competentes si consideramos de buena fe que esto evitará o reducirá una amenaza grave e inminente para su salud y seguridad o la del público. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI al Departamento de Transporte si su condición médica afecta su capacidad para conducir un vehículo con seguridad.
- **Funciones Gubernamentales Esenciales.** Podemos usar o divulgar PHI para llevar a cabo ciertas funciones gubernamentales esenciales. Por ejemplo, podemos divulgar PHI a una agencia gubernamental para actividades de seguridad nacional o inteligencia, a una institución penitenciaria y a otras fuerzas del orden, según lo exija la ley.
- **Compensación laboral.** Podemos divulgar su PHI a las personas adecuadas de conformidad con las leyes de compensación laboral. Por ejemplo, podemos proporcionar a su empleador información sobre su lesión laboral.
- **Historial Médico Compartido/Intercambio de Información de Salud.** Podemos mantener su PHI en un historial médico electrónico compartido. Puede obtener una lista de los participantes que utilizan el historial médico electrónico compartido contactando al Oficial de Privacidad. A menos que se oponga, también podemos enviar su PHI a un intercambio electrónico de información de salud (HIE). Participar en un HIE nos permite a nosotros y a otros proveedores ver y usar su información para su tratamiento, pago y atención médica.
- **Marketing y ventas.** Obtendremos su autorización antes de utilizar su PHI con fines de marketing o ventas, según lo exija la ley. Por ejemplo, la solicitaremos si deseamos utilizar su PHI en un artículo sobre el hospital.

Puede revocar esta autorización en cualquier momento.

- **Otros usos de su PHI.** Le solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI para situaciones no descritas en este aviso. Puede revocar su autorización en cualquier momento.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

La confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias (p. ej., relacionados con el diagnóstico, pronóstico o tratamiento del consumo de alcohol o drogas) que mantenemos está protegida por las leyes y regulaciones federales (Parte 2) e impone restricciones adicionales al uso y la divulgación de dicha información médica. Tenga en cuenta que la Parte 2 no protege toda la información sobre trastornos por consumo de sustancias que podamos tener. La Parte 2 se aplica a ciertos programas (que podrían estar limitados a ciertas personas, programas o departamentos de su empresa) que reciben financiación federal y se presentan como o tienen como propósito principal brindar tratamiento, diagnóstico o derivación para trastornos por consumo de sustancias. Por lo general, la Parte 2 seguirá protegiendo la información que recibamos de otro programa de la Parte 2 con su consentimiento.

En general, cuando se aplica la Parte 2 en nuestra organización, no podemos revelar a una persona fuera del programa de la Parte 2 que usted es un paciente del programa de la Parte 2, ni revelar ninguna información que lo identifique como un abusador de alcohol o drogas a menos que esté permitido según lo dispuesto en esta Sección.

Obtendremos su consentimiento por escrito para usar y divulgar sus registros de la Parte 2, a menos que la Parte 2 nos permita usar y divulgar dichos registros sin su consentimiento por escrito. Puede revocar su consentimiento por escrito, excepto en la medida en que nuestro programa de la Parte 2 u otro titular legal de la información ya haya actuado basándose en su consentimiento, y sujeto a las limitaciones descritas a continuación para las divulgaciones al sistema de justicia penal. Puede revocar el consentimiento contactando al Departamento de Gestión de Información de Salud del Hospital Sisters Health System, 4936 Laverna Road, Springfield, Illinois 62794-9456. Los siguientes son ejemplos de circunstancias en las que la Parte 2 permite el uso y la divulgación de sus registros de la Parte 2 con su consentimiento por escrito.

- **Persona o Entidades Designadas.** Podemos usar y divulgar sus Registros de la Parte 2, de conformidad con el consentimiento, a cualquier persona o categoría de personas identificadas o designadas en el mismo. Por ejemplo, si otorga su consentimiento por escrito nombrando a su cónyuge o proveedor de atención médica, compartiremos su información con ellos según lo estipulado en su consentimiento.
- **Consentimiento para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y divulgar sus registros de la Parte 2 con su consentimiento para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. El consentimiento por escrito puede ser un consentimiento único para todos los usos y divulgaciones futuros con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, hasta que usted lo revoque.
- **Registro Central o Programa de Gestión de la Abstinencia.** Podemos divulgar sus registros de la Parte 2 a un registro central o a cualquier programa de gestión o tratamiento de la abstinencia con el fin de evitar inscripciones múltiples, con su consentimiento por escrito. Por ejemplo, si usted consiente en participar en un programa de tratamiento de drogas, podemos divulgar su información al programa correspondiente para coordinar la atención y evitar inscripciones duplicadas.
- **Sistema de Justicia Penal.** Podemos divulgar información de sus registros de la Parte 2 a aquellas personas dentro del sistema de justicia penal que hayan estipulado su participación en un programa de la Parte 2 como condición para la declaración en cualquier proceso penal en su contra. El consentimiento por escrito debe indicar que puede revocarse transcurrido un período de tiempo específico o tras la ocurrencia de un evento específico y determinable. El momento o la ocurrencia en que el consentimiento se vuelve revocable no puede ser posterior a la disposición final de la libertad condicional u otra acción relacionada con la cual se otorgó el consentimiento. Por ejemplo, si usted consiente, podemos informar a un funcionario designado por el tribunal sobre su estado de tratamiento como parte de un acuerdo legal o de las condiciones de la sentencia.
- **(PDMP).** Podemos reportar cualquier medicamento recetado o dispensado por nosotros al programa estatal de monitoreo de medicamentos con receta correspondiente si así lo exige la ley estatal. Primero, obtendremos su consentimiento para la divulgación de los registros de la Parte 2 a un programa de monitoreo de medicamentos con receta antes de reportar dicha información.

Las siguientes categorías describen las formas en que la Parte 2 permite el uso y la divulgación de sus registros de la Parte 2 sin su consentimiento por escrito.

- **Emergencias Médicas.** Podremos divulgar sus registros de la Parte 2 al personal médico en la medida necesaria para atender una emergencia médica legítima en la que no se pueda obtener su consentimiento previo por escrito. También podremos divulgar sus registros de la Parte 2 para atender una emergencia legítima en la que nuestro programa de la Parte 2 esté cerrado y no pueda prestar servicios ni obtener su consentimiento previo por escrito durante un estado de emergencia temporal declarado por una autoridad estatal o federal como resultado de un desastre natural o grave, hasta que reanudemos nuestras operaciones.

- **Investigación.** Podremos divulgar sus registros de la Parte 2 con fines de investigación, de conformidad con las disposiciones de este Aviso.
- **Recaudación de fondos.** Podemos usar y divulgar sus registros de la Parte 2 para fines de recaudación de fondos, de conformidad con las disposiciones de este Aviso. Puede optar por no recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos en cualquier momento. Solo podemos usar o divulgar los registros de la Parte 2 para fines de recaudación de fondos si primero se le ofrece una oportunidad clara y visible de optar por no recibir dichas comunicaciones.
- **Auditorías de gestión y financieras, y evaluación del programa.** En determinadas circunstancias, podremos usar o divulgar sus registros de la Parte 2 para realizar ciertas auditorías y evaluaciones financieras y de gestión del programa. Por ejemplo, podremos divulgar su información de identificación a cualquier agencia gubernamental federal, estatal o local que proporcione asistencia financiera al programa de la Parte 2 o que esté autorizada por ley para regular las actividades del mismo. También podremos usar o divulgar su información de identificación al personal cualificado que realice funciones de auditoría o evaluación en nombre de cualquier persona que proporcione asistencia financiera al programa de la Parte 2, que sea un pagador externo o un plan de salud que lo cubra en su tratamiento, o que sea una organización de mejora de la calidad (QIO) que realice la revisión de la QIO, a los contratistas, subcontratistas o representantes legales de dicha persona o de la QIO, o a una entidad con control administrativo directo sobre nuestros programas de la Parte 2.
- **Salud Pública.** Podemos usar o divulgar sus registros de la Parte 2 a una autoridad de salud pública con fines de salud pública. Sin embargo, la información de los registros de la Parte 2 divulgados se anonimizará de acuerdo con los requisitos de la HIPAA, de modo que no exista ninguna base razonable para creer que dicha información pueda utilizarse para identificarlo.
- **Delitos en las Instalaciones, Amenazas y Abuso.** Podríamos divulgar a las autoridades policiales información sobre un delito que usted haya cometido en nuestros centros de tratamiento o sobre sospechas de abuso o negligencia infantil. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre un delito que usted haya cometido, ya sea en persona o contra cualquier persona que trabaje en el centro de tratamiento, ni sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil, que no se reportarán, según la ley estatal, a las autoridades estatales o locales correspondientes.

Las restricciones sobre el uso y la divulgación de la Parte 2 tampoco se aplican a las comunicaciones de registros de la Parte 2 entre el personal que tenga necesidad de ellos en relación con sus funciones que surjan de la provisión de diagnóstico, tratamiento o derivación para el tratamiento de pacientes con trastornos por uso de sustancias si las comunicaciones son dentro del programa de la Parte 2 (o entre nuestros programas de la Parte 2 y una entidad que tenga control administrativo directo sobre el programa) y a las comunicaciones de registros de la Parte 2 a una organización de servicios calificada si es necesario que dicha organización brinde servicios a nuestros programas de la Parte 2 o en nombre de ellos (similar a las disposiciones de asociados comerciales analizadas en este Aviso anterior).

Ningún registro de la Parte 2, ni ningún testimonio relacionado con su contenido, se utilizará ni divulgará en un procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo en su contra, a menos que usted otorgue su consentimiento específico por escrito (independientemente de cualquier otro consentimiento) o que un tribunal emita la orden correspondiente. Sus registros de la Parte 2 solo se utilizarán o divulgarán mediante una orden judicial, previa notificación y tras la oportunidad de ser escuchados, de conformidad con la Parte 2, a usted, a la organización o a cualquier otro titular del registro de la Parte 2. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación de los registros de la Parte 2 debe ir acompañada de una citación u otro mandato legal similar que obligue a la divulgación antes de que se puedan utilizar o divulgar.

En la medida en que la ley estatal aplicable sea incluso más estricta que la Parte 2 sobre cómo podemos usar o divulgar su información médica, cumpliremos con la ley más estricta.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que conservamos sobre usted, incluyendo la PHI y la información de la Parte 2. Para ejercer estos derechos, envíe una solicitud por escrito al Departamento de Gestión de Información Médica del Hospital Sisters Health System, 4936 Laverna Road, Springfield, Illinois 62794-9456. Hay formularios disponibles para facilitar la solicitud por escrito.

- **Inspeccionar y obtener una copia de su PHI.** Con algunas excepciones, usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención médica o para solicitar que se comparta una copia con otra persona o entidad. Si solicita una copia, podemos cobrarle una tarifa razonable, según lo permita la ley, por ciertos costos asociados con la producción de la copia. Podemos denegar su solicitud de inspección y obtención de una copia en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación.

- **Solicitar una modificación de su PHI.** Si considera que su PHI es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a solicitar que la modifiquemos. Revisaremos su solicitud y le notificaremos por escrito nuestra decisión final. Si denegamos su solicitud, puede presentar una declaración de desacuerdo por escrito, que podremos refutar por escrito. La denegación, la declaración de desacuerdo y la refutación se incluirán en cualquier divulgación futura de la PHI pertinente. No estamos obligados a modificar su PHI si determinamos que:
 - La información no fue creada por esta organización.
 - La información no es parte de su conjunto de registros designado.
 - La información no está/estaba disponible para su inspección según las leyes aplicables.
 - La información es precisa y completa.
- **Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo usamos o divulgamos su PHI para tratamiento, pago, atención médica, comunicaciones con familiares o amigos, o agencias de socorro en caso de desastre. No estamos obligados a aceptar ni a conceder solicitudes de restricción. Atenderemos su solicitud de restringir la divulgación de su PHI a su plan de salud para fines de pago y atención médica, y, salvo que la ley lo exija, cuando usted o alguien en su nombre pague la totalidad de sus servicios. Si accedemos a su solicitud, podremos seguir proporcionando su PHI, según sea necesario, para brindarle tratamiento de emergencia.
- **Solicitud para recibir comunicaciones confidenciales de información médica.** Tiene derecho a recibir su PHI a través de un método o lugar específico. Solicite su información al registrarse.
- **Reciba un informe de divulgación de su PHI.** Tiene derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de su PHI. Esta es una lista de las divulgaciones que realizamos de su información médica, pero no incluye ciertas divulgaciones exentas, como, por ejemplo, las divulgaciones realizadas para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, las divulgaciones realizadas a usted, las divulgaciones realizadas con su autorización escrita, las divulgaciones para nuestro directorio de instalaciones, notificaciones y comunicaciones con familiares y/o amigos, o ciertas divulgaciones según lo exija la ley. Le proporcionaremos el primer informe en un período de 12 meses de forma gratuita; le cobraremos el costo de producción de la información para todas las demás solicitudes. Si solicita un informe de las divulgaciones de registros de la Parte 2 realizadas con su consentimiento por escrito en los tres (3) años anteriores a la fecha de la solicitud (o un período más corto que usted elija), le proporcionaremos dicho informe de conformidad con los requisitos de la HIPAA y la Parte 2.
- **Reciba una copia de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Podemos modificar nuestras prácticas de privacidad descritas en este aviso en cualquier momento. Los cambios en nuestras prácticas de privacidad se aplican a toda la información médica protegida que mantenemos. Puede consultar nuestro aviso actual en el mostrador de registro/admisión de cualquiera de nuestras instalaciones o en nuestro sitio web: www.hshs.org.

RECIBIR AVISO DE UNA VIOLACIÓN DE SU PHI

Según lo exige la ley, usted tiene derecho a recibir una notificación si su información de salud se adquiere, accede, utiliza o divulga de manera no autorizada.

AVISO DE REDIVULGACIÓN

La PHI divulgada conforme a este Aviso podría ser objeto de nueva divulgación por parte del receptor y dejar de estar protegida por la HIPAA. La legislación aplicable al receptor podría limitar su capacidad para usar y divulgar la PHI recibida, por ejemplo, si se trata de otra entidad sujeta a la HIPAA o a la Parte 2.

PRESENTAR UNA QUEJA

Tiene derecho a presentar una queja. Si le preocupa que se hayan violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Hospital Sisters Health System o ante la Oficina de Derechos Civiles del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Su queja no afectará la atención ni los servicios que le brindamos, ni ahora ni en el futuro. Para presentar una queja, comuníquese con el Oficial de Privacidad en:

Sistema de Salud de las Hermanas del Hospital

Atención: Responsable de Privacidad
 4936 Laverna Road
 Springfield, Illinois 62794-9456
 (217) 757-3258
Departamento de Privacidad@HSHS.org

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia el 1 de marzo de 2025 y permanecerá vigente hasta que lo revisemos.

HSHS no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades



Hospital Sisters
HEALTH SYSTEM

**Servicios de farmacia
especializada**

400 N. 9th St., Suite 1500
Springfield, IL 62702
217-993-8184