



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 (618) 825-7747 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 reanudem 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.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE SALUD REPRODUCTIVA

La ley federal nos prohíbe usar o divulgar su información cuando se busque (i) llevar a cabo una investigación penal, civil o administrativa contra una persona por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva; (ii) imponer responsabilidad penal, civil o administrativa a cualquier persona por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva; o (iii) identificar a cualquier persona para dichos fines. La atención de salud reproductiva incluye, por ejemplo, la anticoncepción, la detección y el asesoramiento preconcepcionales, el manejo de afecciones relacionadas con el embarazo, el diagnóstico y el tratamiento de afecciones que afectan al sistema reproductivo y otros tipos de atención, servicios y suministros utilizados para el diagnóstico y el tratamiento de afecciones relacionadas con el sistema reproductivo (p. ej., mamografía, servicios de nutrición relacionados con el embarazo y productos para el cuidado posparto). Esta prohibición solo se aplica cuando nosotros, u otros que actúen en nuestro nombre, hayamos determinado razonablemente que:

1. La atención de salud reproductiva es legal según la legislación del estado donde se proporcionó, en las circunstancias en que se proporcionó. Por ejemplo, si un residente de un estado viajó a otro para recibir atención de salud reproductiva, como un aborto, que es legal en el estado donde se proporciona dicha atención; o
2. La atención de la salud reproductiva está protegida, exigida o autorizada por la ley federal, incluida la Constitución de los Estados Unidos, independientemente del estado en el que se preste. Por ejemplo, si el uso de la atención de la salud reproductiva, como la anticoncepción, está protegido por la Constitución; o
3. La atención de salud reproductiva no fue proporcionada por nosotros, pero presumimos que fue legal. Sin embargo, si recibimos una solicitud de información sobre usted y tenemos conocimiento real de que la atención de salud reproductiva no fue legal en las circunstancias en que se le proporcionó, o si la persona que solicita la información demuestra con fundamentos fácticos sustanciales que la atención de salud reproductiva no fue legal, esta presunción no aplica. Por ejemplo, si nos informa que recibió atención de salud reproductiva de una persona sin licencia, y sabemos que dicha atención debe ser proporcionada por un profesional de la salud con licencia, la prohibición de divulgación de dicha información para los fines mencionados anteriormente no aplicará.

Cuando recibimos una solicitud de información sobre usted potencialmente relacionada con la atención de la salud reproductiva, debemos obtener una declaración firmada del solicitante que indique que la divulgación no tiene un propósito prohibido cuando la solicitud se relaciona con actividades de supervisión sanitaria, procedimientos judiciales y administrativos, fines de aplicación de la ley y divulgaciones a médicos forenses. Por ejemplo, si recibimos una citación

legal para obtener registros médicos relacionados con una demanda civil en la que el paciente es parte, y dichos registros incluyen información relacionada con la atención de la salud reproductiva, debemos obtener una declaración firmada del solicitante que indique que la solicitud no tiene un propósito prohibido. Solo se nos permite divulgar información de salud reproductiva con fines de aplicación de la ley cuando la divulgación no esté sujeta a la prohibición anterior y sea requerida por ley.

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 facilitarle 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
(618) 825-7747
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 de salud.