



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

(Aviso revisado/vigente a partir del 24 de febrero de 2025)

### ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA Y

#### CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Las instalaciones del St. Tammany Health System ("STHS"), junto con los proveedores afiliados y los médicos que forman parte de nuestro personal médico, presentan este aviso conjunto conforme a lo establecido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). Este aviso se aplica a los registros de atención médica generados por el personal de STHS, su médico y otros profesionales de la salud. En caso de que su médico personal no esté afiliado a STHS, este podría tener políticas diferentes respecto al manejo de su información y podría entregarle un aviso por separado.

Existen situaciones en las que STHS podrá compartir su información médica protegida con miembros de una Organización de Atención Médica Coordinada, permitida por las regulaciones de HIPAA, cuando sea necesario para llevar a cabo actividades relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Estos miembros incluyen las instalaciones de atención al paciente afiliadas a STHS, como el Ochsner Health System, así como todo el personal médico, empleados, voluntarios, estudiantes y demás personal que allí labora. STHS podrá optar por participar en redes seguras de intercambio de información médica, diseñadas y desarrolladas para fomentar la continuidad en la atención de la salud.

Este aviso aborda su información médica protegida ("PHI", por sus siglas en inglés), la cual incluye información médica escrita, electrónica o transmitida verbalmente, además de los datos demográficos que puedan utilizarse para identificarle. Es información de salud creada o recibida por STHS que se relaciona con su estado de salud físico o mental, ya sea en el pasado, presente o futuro.

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES.** STHS está legalmente obligado a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida (PHI). Debe cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y proporcionarle una copia del mismo.

- Le informaremos de inmediato en caso de producirse alguna violación que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su PHI.
- No utilizaremos ni compartiremos su PHI de manera diferente a lo que se indica en este documento, a menos que nos autorice por escrito. Si nos otorga su consentimiento, puede revocarlo en cualquier momento. Notifíquelo por escrito si decide cambiar de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES.** Normalmente, utilizamos o compartimos su PHI de las siguientes maneras:

- **En su atención.** Podemos utilizar su PHI y compartirla con otros profesionales que participen en su tratamiento. *Ejemplo: un médico que le atiende por una lesión puede consultar a otro médico sobre su estado de salud general.*
- **Para la gestión de nuestra organización.** Podemos utilizar y compartir su PHI para administrar nuestras instalaciones, mejorar la atención que se le brinda y comunicarnos con usted cuando sea necesario. También podemos divulgar su PHI con fines educativos para la formación de estudiantes. Podemos publicar su nombre fuera de la puerta de la habitación que ocupa en el hospital principal. (Si prefiere que no lo hagamos, por favor comuníquese a su enfermera). *Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y los servicios que recibe.*
- **Facturación de servicios** Podemos utilizar y compartir su información médica para emitir facturas y obtener pagos por parte de planes de salud u otras entidades. *Ejemplo: facilitamos su PHI a su compañía de seguros médicos para tramitar el pago de los servicios recibidos.*

**OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA PHI.** Estamos autorizados o legalmente obligados a compartir su PHI en otras circunstancias, generalmente cuando se trata de contribuir al bienestar público, como en asuntos de salud pública. En estos casos, debemos cumplir con ciertos requisitos legales antes de compartir su información para dichos fines. Más información: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

***Colaboración en asuntos de salud pública, seguridad e investigación médica.*** Podemos compartir su PHI en situaciones específicas, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos / Apoyo en el retiro de productos del mercado
- Reporte de casos sospechosos de abuso, negligencia o violencia doméstica y prevención o reducción de amenazas para la salud o la seguridad de cualquier persona.
- Podemos utilizar o compartir su información con fines de investigación médica.

**Cumplimiento de la ley.** Compartiremos su PHI si así lo exigen las leyes estatales o federales, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y el Departamento de Salud de Luisiana, si cualquiera de ellos solicita verificar que cumplimos con la normativa vigente.

**Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos.** Podemos compartir su PHI con organizaciones encargadas de la obtención de órganos.

**Colaboración con el médico forense o director de funeraria.** Podemos compartir su PHI con un médico forense, patólogo o director de funeraria en caso de fallecimiento.

**Atención a solicitudes de indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.** Podemos utilizar o compartir su PHI en las siguientes circunstancias:

- Para reclamaciones de indemnización laboral / Para fines relacionados con el cumplimiento de la ley o a solicitud de un agente de seguridad pública
- Con organismos de supervisión sanitaria, según lo permita la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como actividades militares, de seguridad nacional o protección presidencial

**Uso y divulgación para fines administrativos del sistema de salud.** Podemos utilizar o compartir su PHI en las siguientes circunstancias:

- Con el fin de recordarle una cita médica, conocer su opinión sobre los servicios recibidos, o proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento, beneficios o servicios relacionados con su salud que pudieran resultar de su interés.
- Para actividades de acreditación, certificación, otorgamiento de licencias o credenciales, así como para fines de revisión o auditoría, incluidas las revisiones de cumplimiento y el mantenimiento de programas de conformidad.
- Para la gestión empresarial, actividades administrativas generales y comunicaciones con socios comerciales del STHS, como <sup>terceros</sup> encargados del procesamiento de ciertas pruebas de laboratorio y el servicio utilizado para proporcionar copias solicitadas de historiales médicos.

**Responder a demandas y procedimientos legales.** La información médica podrá ser compartida en respuesta a una orden judicial o administrativa, o ante una citación emitida por un tribunal.

**Uso y divulgación de PHI relacionada con la atención médica reproductiva** Antes de utilizar o compartir información médica relacionada con la salud reproductiva de una mujer, sin una orden judicial y para fines no relacionados con la atención médica, se requerirá una certificación por parte de la entidad receptora indicando que dicha información no se utilizará en investigaciones penales, civiles o administrativas relacionadas con la atención sanitaria reproductiva legal, ni para imponer sanciones por ello.

**SUS DERECHOS.** El historial clínico es propiedad del STHS; no obstante, la persona usuaria de los servicios de salud tiene los siguientes derechos.

**Solicitar una copia electrónica o impresa de su historial clínico.** Puede solicitar ver u obtener una copia, en formato electrónico o en papel, de su historial médico y de otra información sanitaria que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Se le proporcionará una copia o un resumen de su información sanitaria, normalmente en un plazo de 30 días a partir de la fecha de solicitud. Podrá aplicarse una tarifa razonable basada en los costos asociados.

- Si solicita la información en formato electrónico, esta le será entregada en dicho formato. En caso de que existan costos relacionados con la generación del formato solicitado, estos podrán ser cobrados.
- En determinadas circunstancias, se puede denegar su solicitud de revisión o copia. Si se le niega el acceso a la PHI, tiene derecho a solicitar una revisión de dicha decisión. Otro profesional de la salud autorizado, designado por el STHS, evaluará la solicitud y la denegación. Quien realice esta revisión no será la misma persona que emitió la denegación inicial. Se cumplirá con el resultado de dicha revisión.

**Solicitar la corrección o modificación de su historial clínico.** Puede solicitar por escrito que se corrija la PHI que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le informaremos del motivo por escrito en un plazo de 60 días.

**Solicitar un método de comunicación confidencial.** Puede solicitar, **por escrito**, que el contacto se realice mediante un canal específico (por ejemplo, un número telefónico personal o laboral), o bien, que la correspondencia se envíe a una dirección diferente. Responderemos "afirmativamente" a las solicitudes razonables. Nos reservamos el derecho a ponernos en contacto con usted por otros medios y en otros lugares si no responde a cualquier comunicación que requiera una acción de su parte.

**Solicitar que limitemos el uso o divulgación de su información.** Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada PHI en relación con el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar dicha solicitud y podemos rechazarla si ello afecta su atención médica.

- Si decide pagar de su bolsillo la totalidad de un servicio o artículo médico, puede solicitar que no compartamos esa información con su aseguradora médica con fines de pago o para nuestras operaciones. Le diremos que "sí" salvo que la ley nos obligue a divulgar dicha información.

**Obtenga una lista de las personas con las que hemos compartido información.** Puede solicitar un informe (contabilidad) de las ocasiones en que se haya compartido su información médica en los seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud, incluyendo con quién se compartió y con qué

propósito.

- Este informe incluirá todas las divulgaciones, excepto aquellas realizadas para tratamiento, pagos, operaciones de atención médica y otras divulgaciones específicas (como aquellas que usted haya autorizado). Se le proporcionará un informe gratuito cada año, si solicita más de uno en un periodo de 12 meses, podrá cobrarse una tarifa razonable basada en los costos.

**Obtenga una copia de este aviso de privacidad.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo de manera electrónica. Se le proporcionará la copia en papel sin demoras. También puede acceder a este aviso en nuestro sitio web: [www.sttammany.health](http://www.sttammany.health).

**Designa a una persona para que actúe en su nombre.** Si ha designado a alguien mediante un poder médico o si una persona ha sido nombrada como su tutor legal, dicha persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su PHI en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo.

**Presente una queja si considera que se han vulnerado sus derechos.** Puede presentar una queja si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad, comuníquese con nosotros utilizando la información de contacto incluida en este aviso.

- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington D. C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- Puede presentar una queja directamente ante el STHS escribiendo a: Patient Experience Office, St. Tammany Health System, 1202 South Tyler Street, Covington, Louisiana 70433, o enviando un mensaje por correo electrónico a [px@stph.org](mailto:px@stph.org). La presentación de una queja no afectará su atención médica actual ni futura en nuestras instalaciones. STHS no tomará represalias por la presentación de una queja.

**LAS OPCIONES.** Con respecto a determinada PHI, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, le invitamos a comunicárnosla. Indíquenos lo que desea que hagamos, y seguiremos sus instrucciones siempre que sea razonable y apropiado hacerlo. Si no puede expresarnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podremos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. Podremos compartirla cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad. **Usted tiene el derecho y la opción de indicarnos si desea que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartamos información en caso de una catástrofe
- Incluyamos su información en el directorio del hospital. Esta información podrá facilitarse al clero y, salvo indicación sobre su afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por usted mencionando su nombre.

**Nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito** para la venta de su PHI y para la mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia

**Recaudación de fondos.** Podemos comunicarnos con usted con fines de recaudación de fondos, pero usted puede solicitarnos que no lo hagamos. Si prefiere no recibir comunicaciones relacionadas con actividades de recaudación, notifíquelo a la Fundación de Salud St. Tammany llamando al (985) 898-4174 o enviando una solicitud por escrito a la Fundación, a la atención de: 1202 South Tyler Street, Covington, Louisiana 70433.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO.** Si tiene alguna pregunta relacionada con este aviso, puede comunicarse con el Departamento de Experiencia del Paciente llamando al (985) 898-4669. Para información adicional sobre cómo solicitar copias de su PHI, comuníquese con el Departamento de Gestión de la Información Sanitaria – Divulgación de Información al (985) 898-4419. Si desea solicitar una enmienda a su PHI, dirija su solicitud por escrito a la siguiente dirección: 1202 South Tyler Street, Covington, Louisiana 70433.

**CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO.** STHS se reserva el derecho de modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la PHI que mantenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud y podrá consultarse en nuestro sitio web.

(Aviso revisado/vigente a partir del 24 de febrero de 2025)