



AVISO DE PRIVADICAD DE PRACTICAS

Fecha Efectiva: February 18, 2010

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION PRIVADA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y RELEVADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

Este aviso describe las prácticas del Clinch Memorial Hospital (CMH) con respecto a los usos y revelaciones de su información médica y sus derechos y obligaciones con respecto a su información médica. CMH participa en un convenio organizado del cuidado de la salud que permite compartir su información médica entre médicos con privilegios personales que necesitan conocer su información. Los sitios de servicios que pertenecen a estos convenios organizados del cuidado de la salud pueden incluir: CMH, Community Care Clinic y oficinas de médicos locales con privilegios personales.

La ley nos exige:

- Mantener la privacidad de su información de salud;
- Proveer este aviso de nuestras responsabilidades legales y privacidad de practicas con respecto a la información médica; y
- Cumplir los términos del aviso que esta actualmente en rigor. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer las nuevas provisiones vigentes de acuerdo con la fecha el inicio. Nuestro aviso actual de privacidad de prácticas esta puesto en nuestra oficina de admisiones. Usted tiene el derecho de pedirle al Departamento de Admisiones una copia, en papel, de este aviso.

NOSOTROS PODEMOS USAR Y REVELER SU INFORMACION MEDICA DE LAS SIGUIENTES FORMAS

Para Tratamiento: Nosotros podemos usar su información médica para proveerle con tratamiento o servicios médicos. Nosotros podemos revelar información médica acerca de usted a doctores, enfermeras, técnicos, o a otros que estén involucrados con su cuidado. Por ejemplo, un doctor tratándole para una enfermedad específica puede necesitar saber si usted tiene otras enfermedades crónicas que puedan afectar su recuperación, tal como diabetes, fallas congestivas del corazón, fallas renales, asma, enfisemas, etc.

Para Pagos: Nosotros podemos usar y reveler su información médica de manera que el tratamiento y servicios que usted recibe en el hospital puedan ser cobrados y el pago pueda ser recibido de usted, de una compañía de seguros o de una tércerta parte. Por ejemplo, nosotros podemos necesitar dar su información del plan de salud acerca de la cirugía que usted recibió en el hospital, así su Plan de Salud, nos pagara o le reembolsara a usted por la cirugía. Su compañía de seguros puede exigir validación para una estadía extendida y enviara un representante para revisar sus registros médicos.

Para Manejo del Cuidado de la Salud: Nosotros podemos usar y reveler su información médica para manejo del hospital. Estos usos y revelaciones son necesarios para administrar el hospital y estar seguros que todos nuestros pacientes reciben cuidado de calidad. Por ejemplo, nosotros podemos usar información médica para revisar nuestros tratamientos y evaluar el desempeño de nuestro personal. Nosotros podemos pedirle que complete una encuesta de satisfacción del paciente. Nosotros también podemos revelar información a doctores, enfermeras y otro personal del Hospital para análisis y propósitos de aprendizaje.

Como Requerimiento de la Ley. Nosotros revelamos su información media cuando sea requerido por la ley federal estatal o local.

Riesgo Publico de Salud. (Salud y Seguridad para usted y/o otros): Nosotros podemos reveler información médica acerca de usted para actividades publicas de salud. Nosotros podemos usar y revelar información médica acerca de usted a agencias, cuando sea necesario, para prevenir una seria amenaza par su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente.

- Prevenir y controlar una enfermedad herida o invalidez;
- Reportar nacimientos y muertes;
- Reportar abuso y descuido de niños;
- Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Notificar a las personal la retirada de productos que ellos puedan estar usando;
- Notificar a una persona quien pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Actividades de Inspección de Salud: Nosotros podemos reveler información médica para una agencia de inspección de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de inspección incluyen, por ejemplo, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para monitorear el sistema del cuidado de la salud, programas del gobierno en conformidad con leyes de derechos civiles.

Recordar Citas: Nosotros podemos usar y revelar su información médica para recordarle una cita para tratamiento o para cuidado medico en el hospital.



Tratamientos Alternativos: Nosotros podemos usar y revelar su información medica para notificarle acerca de o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que podrían ser de interés para usted.

Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud: Nosotros podemos usar y revelar información medica para educarle acerca de beneficios y servicios relacionados con la salud; o clases de educación medica que pueden ser de interés para usted.

Actividades para Recaudar Fondos: Actualmente no usamos información del paciente para actividades de recaudo de fondos, en el futuro es posible que se use o se revele información del paciente para efectos de recaudo de fondos a menos que usted decida que no. Si usted decide que no, puede solicitarlo por escrito al CMH Coordinador, P. O. Box 516, Homerville, GA 31364.

Actividades de Mercadeo: Actualmente no usamos información del paciente para actividades de mercadeo. Si nosotros consideramos que usted se beneficiara de nuestros productos o servicios, nosotros conseguiremos su autorización antes de contactarle con cualquier información de mercadeo.

Directorio del Hospital: Nosotros podemos incluir cierta información limitada en el censo del hospital mientras usted es paciente del mismo. Usted tiene el derecho de solicitar que su nombre sea eliminado de la lista auxiliar (Damas Rosadas) al momento de la admisión.

Personas Involucradas con su Cuidado o que Pagan por su Cuidado: Nosotros podemos liberar información acerca de usted a la persona que se encarga de su cuidado. Nosotros también podemos darle información a alguien que ayuda a pagar por su cuidado.

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACION MEDICA QUE NOSOTROS CONSERVAMOS ACERCA DE USTED

Derecho a Inspeccionar y Copiar: Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar información medica que puede ser usada para tomar decisiones acerca de su cuidado. Usualmente esto incluye archivos médicos y cuentas, pero esto no incluye notas de terapia física. Para inspeccionar y copiar información medica que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted, contacte El Departamento de Información de Salud al (912) 487-5211. Si usted solicita copia de la información, nosotros cobraremos una cantidad por costos de copiado, de envío por correo y otros suministros relacionados con su solicitud. Usted puede solicitar una copia electrónica d su registro. Nosotros podemos negar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas y muy limitadas circunstancias, Si el acceso a su información medica le es negado usted debe solicitar la revisión del rechazo.

Derecho a Corregir: Si usted siente que la información medica que nosotros poseemos acerca de usted es incorrecta o incomplete, usted puede solicitarnos corrección de la misma. Usted tiene el derecho a solicitar una corrección mientras la información es mantenida por o para el CMH. Para solicitar una corrección, su solicitud tiene que ser hecha por escrito y presentada al Director de Información de la Salud. En adición, usted tiene que proveer una razón que soporte su solicitud. Nosotros podemos negar su solicitud para una corrección si ella no esta por escrito o no incluye una razón que soporte la solicitud.

Derecho a una Contabilidad de Revelaciones: Usted tiene el derecho de solicitar una "contabilidad de revelaciones." Esta es una lista de revelaciones que hacemos de la información medica acerca de usted para otros excepto para propósitos de tratamiento, pago de operaciones identificadas mas arriba. Para solicitar esta lista o contabilidad de revelaciones usted tiene que presentar su solicitud por escrito al Departamento de Información de Salud. Su solicitud tiene establecido un periodo de tiempo que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores a Abril 14, 2003.

Derecho a Solicitar Restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar restricciones o limitaciones en la información medica que nosotros usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago, u operaciones para el cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho a solicitar un límite en la información médica que nosotros revelamos acerca de usted, a alguien que esta involucrado con su cuidado o el pago para su cuidado, como un miembro de la familia o amigo. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre su información de salud a su pagador, si l recibir al cuenta el hospital usted la cancela.

No Estamos Obligaos a Estar de Acuerdo con su Solicitud: Si nosotros, estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos con su solicitud a no ser que la información sea necesitada para proveerle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted tiene que hacer su solicitud por escrito al Director de Información de Salud. En su solicitud usted tiene que explicar (1) Cual información usted quiere limitar; (2) Si usted desea limitar nuestro uso, o revelación o ambos; y (3) a quien usted desea restringir para solicitar, por ejemplo, revelaciones a su cónyuge.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales: Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted, acerca de asuntos médicos, en cierta forma o en determinado lugar. Por ejemplo, usted puede solicitar que nosotros únicamente lo contactemos en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted tiene que hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Admisiones o al Administrador de Servicios Financieros del Paciente.

Nosotros no le requeriremos una razón para su solicitud. Nosotros satisfaremos todas las solicitudes razonables.

RECLAMOS

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede contactar o presentar su reclamo, por escrito, a Coordinadora Administrativa o a Conformidad / oficial de privacidad al (912) 487-5211. Si nosotros no podemos, resolver su inquietud, usted también tiene derecho a presentar un reclamo por escrito con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

La calidad de su cuidado no será arriesgada o no será penalizada por presentar un reclamo.

OTROS USOS PARA LA INFORMACION MEDICA

Otros usos y revelaciones de información medica no cubiertos por este aviso o por las leyes que aplican para nosotros serán hechos únicamente con su permiso por escrito. Si usted nos provee un permiso para usar o revelar su información medica. Usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, nosotros no usaremos o revelaremos su información por las razones cubiertas por su autorización escrita. Usted entiende que nosotros no estamos capacitados para revertir cualquier revelación que nosotros hayamos hecho con su autorización, y que a nosotros nos exigen conservar los registros del cuidado que le proveemos.