



## Aviso de políticas de privacidad de Chestnut Health Systems

(Chestnut Health Systems y Chestnut Family Health Center)

**ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

**LEA DETENIDAMENTE ESTE AVISO.**

Este Aviso de políticas de privacidad (este "Aviso") explica cómo Chestnut Health Systems, Inc. y todos sus programas, incluso Chestnut Family Health Center (colectivamente, "Chestnut" o "nosotros") pueden usar y compartir su información médica protegida ("PHI"), así como sus derechos con respecto a su PHI. La ley nos exige proteger su PHI, cumplir con este Aviso y darle una copia de este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Cualquier Aviso nuevo será aplicable a toda la PHI que tengamos en ese momento. Pondremos a disposición un Aviso revisado y publicaremos una copia en nuestro sitio web <http://www.chestnut.org/> o en nuestras instalaciones. Puede pedir una copia del Aviso en cualquier momento.

También debemos cumplir con leyes federales separadas que protegen la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas, así como con las leyes estatales que protegen la confidencialidad de los registros de tratamiento de salud mental. El incumplimiento de estas leyes es un delito. Puede denunciar el presunto incumplimiento ante las autoridades correspondientes. Además, los programas individuales de Chestnut compartirán la PHI entre sí para llevar a cabo tratamientos, pagos y atención médica, según sea necesario.

### **Cómo podemos usar y compartir su información médica**

Abajo, se enumeran algunos ejemplos de la forma en que Chestnut puede utilizar y compartir su PHI. Puede compartirse verbalmente, por escrito o electrónicamente, como por correo electrónico o mensaje de texto.

**Tratamiento.** Podemos usar o compartir su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención o cualquier servicio relacionado, que incluye el intercambio de información con otras personas fuera de Chestnut a las que consultamos o lo referimos para su atención, como un especialista o un laboratorio.

**Pago.** Podemos usar o compartir su PHI para fines relacionados con pagos, como determinar si tiene beneficios de seguro y si su compañía de seguros cubrirá el costo de su tratamiento; procesar reclamaciones con su compañía de seguros; y revisar los servicios que se le proporcionaron para determinar la necesidad médica. Podemos utilizar su PHI para obtener el pago de sus servicios de atención médica sin su autorización por escrito.

**Operaciones de atención médica.** Podemos usar o compartir, según sea necesario, su PHI para coordinar nuestras actividades comerciales, para actividades de seguridad del paciente o para compartir su PHI con terceros que nos brindan servicios, como facturación o mecanografía, que tengan contrato con Chestnut para mantener la confidencialidad de su PHI. Esto puede incluir revisar su atención, capacitar a los estudiantes y al personal, o programar sus citas. Podemos usar una planilla de registro en admisión o llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando sea el momento de ser atendido. También podemos comunicarnos con usted en relación con las actividades de recaudación de fondos de Chestnut. Si nos comunicamos con usted sobre actividades de recaudación de fondos, solo usaremos su nombre, dirección, número de teléfono, género, fecha de nacimiento, fechas de tratamiento, estado del seguro médico, resultado de salud y, en ciertos casos limitados que no involucren abuso de sustancias o tratamiento de salud mental, médico tratante y departamento de servicio. Puede optar por no recibir ninguna comunicación o solo ciertas comunicaciones sobre la recaudación de fondos mediante notificación por escrito o por teléfono al responsable de privacidad. También puede optar por volver a recibir comunicaciones de recaudación de fondos en el futuro mediante notificación al responsable de privacidad.

Chestnut también participa con otras agencias de servicios de salud del comportamiento (cada una, una "Entidad cubierta participante") en la red IPA establecida por Illinois Health Practice Alliance, LLC ("Compañía"). A través de la Compañía, las Entidades Cubiertas Participantes han formado uno o más sistemas organizados de atención médica, en los que las Entidades Cubiertas Participantes desarrollan actividades conjuntas de aseguramiento de la calidad o comparten el riesgo financiero para la prestación de atención médica con otras Entidades Cubiertas Participantes, y como tales personas califican para participar en un Acuerdo de atención médica organizada ("OHCA"), según lo define la Norma de privacidad de la HIPAA. Como integrantes del OHCA, todas las Entidades Cubiertas Participantes pueden compartir la PHI de sus pacientes para el tratamiento, pago y la atención médica de todos los participantes de OHCA.

### **Información que puede compartirse sin su autorización**

**Obligatorio por ley.** Podemos usar o compartir su PHI si la ley así lo exige. Por ejemplo, debemos compartir su PHI cuando lo pida, y debemos compartirla al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el fin de determinar nuestro cumplimiento con la Norma de Privacidad de la HIPAA. También podemos compartir su PHI si un tribunal emite una citación y una orden apropiada y sigue los procedimientos requeridos. La información de salud mental también puede compartirse para coordinar servicios entre agencias gubernamentales que forman parte de un acuerdo entre agencias.

**Supervisión de la salud.** Podemos compartir su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias, y para fines de acreditación.

**Emergencias médicas.** En una situación de emergencia médica, podemos usar o compartir su PHI únicamente al personal médico.

**Abuso o negligencia infantil.** Podemos divulgar su PHI a una agencia estatal o local según lo autorice la ley. Solo divulgamos la información necesaria para realizar el informe inicial obligatorio.

**Pacientes fallecidos.** Podemos divulgar la PHI con respecto a pacientes fallecidos según lo requiera la ley y cierta PHI limitada a familiares u otras personas involucradas en la atención del paciente fallecido o en el pago de la atención antes del fallecimiento, pero solo la PHI que sea relevante para la participación del familiar o de otras personas al cuidado del difunto. Además, la PHI de las personas fallecidas durante más de 50 años ya no está protegida y puede compartirse sin una autorización.

**Investigación.** Si se encuentra en un estudio de investigación o en estudios de investigación futuros, podemos compartir su PHI a los investigadores si nuestra Junta de Revisión Institucional evalúa y aprueba la investigación y (a) usted ha firmado una autorización o (b) la Junta de Revisión Institucional evalúa y aprueba una exención del requisito de autorización.

**Actividad delictiva en las instalaciones del programa/contra el personal del programa.** Podemos compartir su PHI al personal de las fuerzas de seguridad si comete un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal.

**Seguridad pública.** Podemos compartir la PHI para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, como una lesión física o mental ocasionada a usted o a otra persona. La ley estatal también requiere que Chestnut informe al Departamento de Servicios Humanos de Illinois sobre los beneficiarios de salud mental que representen una amenaza inminente para ellos mismos o para otros con el fin de determinar si la persona puede recibir un permiso de tenencia de arma de fuego ("FOID"). A cualquier persona que posea un permiso FOID, o que haya solicitado un permiso FOID, se le puede revocar su permiso si se considera una amenaza para sí misma o para otros.

**Salud pública.** Podemos usar o compartir su PHI a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recopilar o recibir dicha información con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. En determinadas circunstancias limitadas, también podemos compartir su PHI a una

persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otro modo pueda estar en riesgo de propagar o contraer dicha enfermedad, si dicha revelación está autorizada por la ley. Podemos compartir pruebas de inmunización a una escuela que deba contar con dicha información antes de admitir a un estudiante. Antes de hacerlo, obtendremos su consentimiento verbal o escrito.

### **Utilizar y compartir la PHI con su autorización por escrito**

Su PHI se utilizará y compartirá para otros fines únicamente con su autorización por escrito. Ejemplos de tales situaciones incluyen la revelación de notas de psicoterapia, comunicaciones de marketing o ciertas situaciones en las que su PHI puede transferirse a otra entidad cubierta. Puede revocar esta autorización en cualquier momento. Chestnut respetará su revocación en el futuro. No obstante, es posible que Chestnut ya haya utilizado o compartido a partir de su autorización.

### **Sus derechos con respecto a su información médica protegida**

Tiene los siguientes derechos descritos abajo. Comuníquese con nuestro responsable de privacidad por escrito si tiene alguna pregunta:

**Revisión y reproducción de su PHI.** Puede ver y obtener una copia de su PHI mientras mantengamos el registro. Si mantenemos una copia de su PHI en formato electrónico, le proporcionaremos esa PHI en el formato electrónico que se puede producir fácilmente. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia de su PHI a otra persona. Su solicitud debe ser por escrito y contar con su firma. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de las copias. Podemos negarle el acceso a su PHI en determinadas circunstancias. En algunos de esos casos, tendrá derecho a apelar la denegación de acceso.

**Modificación de su PHI.** Puede solicitar, por escrito, que modifiquemos su PHI en nuestros registros. Podemos rechazar su solicitud en ciertos casos. Si lo hacemos, tiene derecho a presentar una declaración de que no está de acuerdo con nosotros. Responderemos a su declaración y le proporcionaremos una copia.

**Informe de revelación de PHI.** Puede solicitar un informe de nuestras revelaciones de su PHI por un período de hasta seis años (no incluye las revelaciones que se le hicieron, las que se hicieron con fines de tratamiento, las que se hicieron con su autorización y algunas otras revelaciones). Podemos cobrarle una tarifa razonable si solicita más de un informe en cualquier período de 12 meses.

**Aviso de información médica protegida no resguardada.** Tiene derecho a recibir una notificación de Chestnut en caso de que se produzca un hecho en el cual la información médica protegida que se relacione con usted no esté resguardada. El incumplimiento generalmente implica la adquisición, uso o revelación de PHI de una manera que no está permitida por HIPAA, lo que compromete la seguridad o privacidad de la PHI.

**Copia del aviso.** Tiene derecho a que le proporcionemos una copia de este aviso.

**Restricciones sobre revelación y uso de su PHI.** Tiene derecho a pedirnos que no usemos o revelemos su PHI para tratamiento, pago o atención médica o para los familiares involucrados en su atención. Su solicitud de restricción debe hacerse por escrito y no estamos obligados a aceptar dichas restricciones, a menos que haya pagado en su totalidad y de su bolsillo un artículo o servicio de atención médica y no desee que se lo informemos a su plan de salud. En ese caso, debemos cumplir con su solicitud de restricción. Para solicitar una restricción, debe completar un formulario de *Solicitud de comunicaciones confidenciales* disponible del personal de recepción.

**Comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI o atención médica de cierta manera o en un lugar determinado. Aceptaremos pedidos razonables por escrito. También podemos solicitar información para condicionar esta adaptación sobre cómo se

manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No le preguntaremos el motivo del pedido. Comuníquese con su médico si desea realizar este pedido.

**Quejas.** Si cree que no cumplimos con sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito comunicándose con nosotros en [privacy@chestnut.org](mailto:privacy@chestnut.org) o a nuestra oficina para hablar con uno de nuestros responsables de privacidad. **No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.**

También puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de la siguiente manera:

200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
1.202.619.0257

**La fecha de entrada en vigencia de este Aviso es el 6 de mayo  
de 2019.**