



## Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede acceder a esta información. Por favor revise esta información cuidadosamente.

### Sus derechos

*Usted tiene derecho a:*

- Obtener una copia de su expediente médico en papel o forma electrónica.
- Corregir su expediente médico en papel o forma electrónica
- Solicitar comunicación confidencial
- Solicitar que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este Aviso de Privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

### Sus opciones

*Usted tiene algunas opciones en lo que utilizamos y compartimos su información para:*

- Contarle a su familia o amigos sobre su condición
- Proporcionar alivio de desastres
- Incluirlo en un directorio de Hospice
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar de fondos

### Nuestros usos y divulgaciones

*Podemos usar y compartir su información para:*

- Tratarle
- Dirigir nuestra organización
- Facturar sus servicios
- Ayudar en cuestiones de salud y seguridad pública
- Hacer investigación
- Cumplir la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otros organismos gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

## **Sus derechos**

***Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.***

### **Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico.**

- Puede pedir u obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y de otra información sanitaria que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente en los 30 días siguientes a su solicitud.
- Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el coste.

### **Pedirnos que corrijamos su expediente medico**

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir que “no” a su solicitud, pero le diremos el motive por escrito en un plazo de 30 días.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de manera específica (por ejemplo, al teléfono, de casa o de la oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente..
- Diremos que “sí” a todas las peticiones razonables.

### **Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos determinada información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y Podemos decir que “no” si esto afecta su atención.
- Si usted paga por un servicios o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Le diremos que “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

### **Obtener una lista de las personas con la que hemos compartido su información**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que solicite, con quien la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y algunas otras divulgaciones (como las que usted no haya solicitado). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el coste si solicita otro en un plazo de 12 meses.

### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel sin demora.

### **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su

información médica.

- Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos**

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con el Oficial Responsable de Privacidad de HopeWest utilizando la información de la página 45.
- Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Independence Avenue S.W. Room 509F HHH Building, Washington DC 20201 o por correo electrónico [OCRComplaints@hhs.gov](mailto:OCRComplaints@hhs.gov). Además, se puede presentar una queja en línea en el portal de quejas de la OCR <https://ocrportal.hhs.gov>
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### **Sus opciones**

***En el caso de determinados datos sanitarios, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.***

#### **En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que hacer:**

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en caso de catástrofe
- Incluir su información en un directorio de hospicios
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si esta inconsciente, podemos seguir Adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También Podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

#### **En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos dé permiso por escrito:**

- Fines de mercadeo
- Venta de su información
- Compartir la mayoría de las notas de psicoterapia

#### **En caso de recaudación de fondos:**

- Podemos ponernos en contacto con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no volvamos a ponernos en contacto con usted.

### **Nuestros usos y divulgaciones**

#### ***¿Cómo solemos utilizar o compartir su información médica?***

Normalmente utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

#### **Tratarle**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.

Ejemplo: Un médico que le trata por una lesión pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

### **Dirigir nuestra organización**

Podemos utilizar y compartir su información médica para dirigir nuestra consulta, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos su información sanitaria para gestionar su tratamiento y servicios.

### **Facturar sus servicios**

Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de los planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Damos su información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.

### ***¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?***

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de salud de otras maneras normalmente en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Estudiantes**

Los estudiantes/pasantes de programas relacionados con los servicios de salud trabajan con nosotros de vez en cuando para cumplir con sus requisitos educativos o para obtener experiencia en el cuidado de la salud. Estos estudiantes pueden observar o participar en su tratamiento o utilizar su información médica para ayudar en su formación. Si no desea que un estudiante o pasante observe o participe en su atención, comuníquenoslo.

### **Ayude en cuestiones de seguridad y salud pública**

Podemos compartir información sanitaria sobre usted para determinadas situaciones, como, por ejemplo:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar a la retirada de productos
- Informar de reacciones adversas a los medicamentos
- Informar sobre sospechas de maltrato, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

### **Investigar**

Podemos utilizar o compartir su información para la investigación sanitaria.

### **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información sanitaria sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

### **Trabajar con el médico forense o el director de la funeraria**

Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

## **Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes al gobierno**

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

## **Responder a demandas de acciones legales**

Podemos compartir información sanitaria sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

## **Directorio de Hospice**

Si usted está recibiendo atención en un centro de hospitalización de HopeWest, HopeWest puede revelar cierta información sobre usted en un directorio, incluyendo su nombre, su estado de salud general y su número de habitación mientras está en el centro. HopeWest puede revelar esta información a las personas que pregunten por usted por su nombre. Por favor, infórmenos si no desea que su información se incluya en el directorio.

## **Normas especiales sobre la divulgación de información psiquiátrica, sobre el abuso de sustancias y sobre el VIH/SIDA**

Las leyes federales estatales pueden exigir protecciones especiales de la privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de determinada información sanitaria, incluida la información sobre el abuso de alcohol y Drogas, información genética, así como las leyes estatales que suelen proteger los siguientes tipos de información:

- VIH/SIDA
- Saludes genéticas
- Abuso de alcohol y drogas
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva
- Abuso o abandono de niños o adultos, incluida la agresión sexual.

Si el uso o la divulgación de la información de salud descrita en este aviso está prohibida o materialmente limitada por otras leyes que se nos aplican, nuestra intención es cumplir los requisitos de la ley más estricta.

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que Podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Hagamos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

Los residentes de Colorado también pueden ponerse en contacto con el Programa de Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo de Colorado. El Defensor del Pueblo PACE del estado puede ser contactado llamando 720-830-7022 por email [@sengelking@disabilitylawco.org](mailto:@sengelking@disabilitylawco.org)

## **Contactar en persona**

Si tiene alguna pregunta sobre el Aviso, póngase en contacto con el Oficial responsable de HopeWest. La persona de contacto de HopeWest para todas las cuestiones relacionadas con la privacidad del paciente y sus derechos según las normas federales de la privacidad es:

**HopeWest**  
**Attn: Privacy Officer**  
**3090 North 12<sup>th</sup> Street, Unit B**  
**Grand Junction, CO 81506**  
**(970) 241-2212**

**Aviso de Prácticas de Privacidad Fecha de Entrada en Vigor**

**Notificación original entra en vigor el 14 de abril de 2003**  
**La notificación revisada entra en vigor el 13 de julio de 2021**