

MIAMI BEACH COMMUNITY HEALTH CENTER RESUMEN DE LA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 4/14/03

EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE LA MANERA EN QUE PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED Y LA MANERA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN. ESTE ES UN RESUMEN DE LA NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD DEL MIAMI BEACH COMMUNITY HEALTH CENTER (MBCHC). EXISTE UNA VERSIÓN DETALLADA DE LA NOTIFICACIÓN DEL MBCHC QUE USTED PUEDE OBTENER PREVIA SOLICITUD. POR FAVOR REVISE ESTA NOTIFICACIÓN CUIDADOSAMENTE

1. CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, USTED:

- a. Tiene derecho de revisar, recibir y, previo pago de cargos razonables, copiar su información médica; en algunas circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a su información médica.
- b. Tiene derecho de solicitar que se modifique su información (aunque nosotros no estamos obligados a aceptar su solicitud de modificación);
- c. Tiene derecho de recibir una relación de ciertos casos en que se ha divulgado su información en el lapso de los 6 años anteriores a dicha solicitud (siempre que la divulgación haya ocurrido después del 14 de abril de 2003);
- d. Tiene derecho de solicitar restricciones para ciertos usos y divulgaciones de su información (aunque nosotros no estamos obligados a aceptar su solicitud de modificación);
- e. Tiene derecho de presentar una queja si usted considera que se le han violado sus derechos de confidencialidad *; y
- f. Tiene derecho de solicitar que se le conceda el derecho de recibir comunicaciones de forma confidencial.

Si desea conocer más acerca de los derechos que usted tiene con respecto a su información médica, haga una solicitud por escrito y envíela a la siguiente dirección: Director of Medical Records; 710 Alton Road, Miami Beach, Florida 33139.

2. A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN VARIOS USOS Y DIVULGACIONES QUE PUEDE HACER EL MBCHC Y SU PERSONAL DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE USTED SIN SU AUTORIZACIÓN:

- a. Para el tratamiento médico que usted recibe
 1. Por ejemplo, el equipo de atención médica que lo atiende puede compartir su información médica, incluidas las observaciones, para determinar la manera en que usted responde al tratamiento.
 2. Por ejemplo, podemos usar su información médica para comunicarnos con usted en relación con una cita médica.
- b. Para la tramitación del pago de los servicios médicos
 1. Por ejemplo, es posible que se le envíe a su compañía aseguradora una factura que indique el diagnóstico, procedimiento realizado y suministros usados.
- c. Para nuestras actividades operativas de atención médica
 1. Por ejemplo, su información puede ser utilizada en relación con actividades de mejoramiento de la calidad con el propósito de optimizar la calidad y la eficacia de los servicios que prestamos.
 2. Por ejemplo, puede ser necesario darle acceso a su información confidencial a nuestros “asociados comerciales” para que así puedan realizar las funciones que nosotros les asignemos. Como ejemplos de los asociados comerciales cabe mencionar las agencias de acreditación, asociaciones estatales de hospitales y nuestros abogados y contadores.

3. ASIMISMO, PODEMOS DIVULGAR PORCIONES LIMITADAS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE LAS SIGUIENTES MANERAS, EXCEPTO CUANDO USTED SE OPONGA A DICHA DIVULGACIÓN:

- a. A parientes y amigos involucrados en la atención médica que usted recibe;
- b. A determinadas personas para fines de las actividades de recaudación de fondos del MBCHC;
- c. Para nuestro directorio de pacientes; y
- d. Para los recordatorios de citas médicas.

Si usted tiene alguna objeción en los usos y divulgaciones que se mencionan anteriormente, deberá hacer una solicitud por escrito y enviarla a la siguiente dirección: Director of Medical Records, 710 Alton Road, Miami Beach, FL 33139.

4. USOS Y DIVULGACIONES QUE DEBEMOS HACER DE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, (sin su consentimiento):

- a. Cuando así nos lo exigen las leyes de la Florida o las leyes federales;
- b. A las autoridades estatales y federales de salud pública para la prevención de enfermedades;
- c. A las agencias de servicio de protección autorizadas para recibir informes de maltrato, negligencia y violencia doméstica;
- d. A agencias gubernamentales de supervisión de la salud;
- e. Cuando así lo estipule una orden judicial;
- f. Para fines de cumplimiento de las leyes;
- g. A un funcionario forense, médico forense o director funerario para que pueda realizar sus funciones;
- h. A organizaciones de trasplantes de órganos y tejidos;
- i. Para fines de investigación de conformidad con los protocolos de investigación establecidos (previa aprobación de la IRB o la Junta de Privacidad);
- j. Cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para la salud y la seguridad;
- k. En relación con los programas de compensación por accidentes laborales, de conformidad con las leyes de la Florida;
- l. En procedimientos judiciales y administrativos en respuesta a una orden judicial o algún otro proceso legal; y
- m. Agencias de seguridad nacional y de inteligencia:

Queda prohibido cualquier otro uso distinto a los descritos anteriormente, excepto cuando usted otorgue una autorización específica. Puede solicitar el formulario de autorización en la siguiente dirección: 710 Alton Road, Miami Beach, Florida 33139.

No obstante la sección anterior, no utilizaremos ni divulgaremos su información sumamente confidencial estipulada en las leyes de la Florida, a menos que usted nos presente una autorización por escrito.

5. NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- a. Estamos obligados a mantener la confidencialidad de su información médica protegida y a suministrarle a usted una notificación de nuestras responsabilidades legales y nuestra política de confidencialidad.
- b. Estamos obligados a cumplir con las disposiciones de esta Notificación.
- c. Nos reservamos el derecho de cambiar las disposiciones de esta Notificación y emitiremos una

nueva cuando la misma entre en vigencia

6. *DERECHO DE PRESENTAR QUEJAS

- a. Usted puede presentar una queja ante el Director de Servicios Administrativos (710 Alton Road, Miami Beach, Florida 33139) si considera que se han violado sus derechos de confidencialidad tal como se describen en esta Notificación. Comuníquese con nuestra oficina por el (305) 538-8835 para obtener el formulario de presentación de quejas. Todas las quejas deberán presentarse por escrito.
- b. Si usted no está satisfecho con la manera en que se maneja su queja, puede comunicarse con el Secretario de Salud y Servicios Humanos.
- c. Las leyes federales prohíben cualquier represalia por presentar una queja.

7. PARA INFORMACIÓN ADICIONAL

En caso de que usted necesite mayor información con respecto a esta política, puede comunicarse con el Funcionario de Cumplimiento en la dirección 710 Alton Road, Miami Beach, Florida 33139, o por el teléfono (305) 538-8835.

Firma del paciente (o representante legal)

Fecha

Nombre en letra de imprenta y No. de expediente médico

Paciente se negó a firmar

Documento

recibido

Testigo, si el paciente se niega a firmar