

Mora Valley Community Health Services, Inc.
Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de Efectivo: 5 Abril 2021

Este aviso describe cómo INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Por Más Información, Contacto Nosotros:

Jessica Martinez, RN
Oficial de Privacidad
Mora Valley Community Health Services, Inc.
PO Box 209
Mora, New México 87732
(575) 387-2201

Quienes Somos:

Este aviso describe las prácticas de privacidad de Mora Valley Community Health Services, Inc. (MVCHS) y las prácticas de privacidad de:

- todos nuestros médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud autorizado a ingresar información acerca de usted en su expediente médico.
- todos nuestros departamentos, incluyendo, por ejemplo, nuestros registros médicos y departamentos de facturación.
- todos nuestros programas de los centros de salud, incluyendo Caridad de San Antonio.
- todos nuestros empleados, personal, voluntarios y demás personal que trabaja para nosotros o en nuestro nombre.

Nuestro Compromiso:

Entendemos que la información sobre su salud y la atención médica que recibe es personal. Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud. Cuando reciba el tratamiento y otros servicios de atención médica de nosotros, creamos un registro de los servicios que recibió. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con los requisitos legales. Este aviso se aplica a todos nuestros registros sobre su atención, ya sea por nuestros profesionales de la salud u otras personas que trabajan en MVCHS y le informa sobre las formas en las que podemos usar y divulgar su información médica personal. Este aviso también describe sus derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted y las obligaciones que tenemos cuando y divulgamos su información médica.

Estamos obligados por ley a:

- asegurarse de que la información médica que lo identifique se mantiene como privado, de

- acuerdo con la ley pertinente.
- darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica personal.
- seguir los términos del aviso que está actualmente en vigor para toda su información médica personal.

¿Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica:

Podemos utilizar y divulgar su información médica personal para estos fines:

Para Tratamiento. Podemos utilizar la información sobre su salud para proporcionarle tratamiento o servicios de la salud. Podemos revelar información sobre su salud a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros que están involucrados en su cuidado. Ellos pueden trabajar en MVCHS, en el hospital si está hospitalizado bajo nuestra supervisión, o al de otro doctor oficina, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención de la salud a los que se puede derivar para tratamiento, consultas, radiografías, pruebas de laboratorio, las recetas u otro servicio de atención médica. También pueden incluir los médicos y otros profesionales de la salud que trabajan en MVCHS o en otro lugar, a quienes consultamos sobre su atención. Por ejemplo, podemos consultar con un especialista que presta su/sus servicios a MVCHS sobre su atención o divulgar a un médico de urgencias que lo está tratando por una pierna rota que tiene diabetes,

Para Pago. Podemos utilizar y divulgar su información médica para facturar y cobrar el pago de usted, su compañía de seguros, incluyendo Medicaid y Medicare, u otro tercero que pueda estar disponible para reembolsarle parte o la totalidad de su atención médica. También podemos revelar información sobre su salud a otros proveedores de atención de la salud o para su plan de salud para que puedan arreglar el pago relacionado con su cuidado. Por ejemplo, si usted tiene seguro de salud, es posible que tengamos que compartir información sobre su visita con su plan de salud para que su plan de salud nos pague o le reembolse por la visita. También podemos informar a su plan de salud acerca del tratamiento que usted necesita para obtener la aprobación previa de su plan de salud o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para Operaciones de Atención Médica. Podemos utilizar y revelar información sobre su salud para nuestras operaciones del día a día, y divulgar información sobre usted a otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado o de su plan de salud para su uso en sus operaciones del día a día. Estos usos y divulgaciones son necesarios para correr MVCHS y para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad, y para ayudar a otros proveedores y planes de salud al hacerlo así. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica para revisar los servicios que brindamos y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar la información médica de nuestros pacientes con información sobre la salud de otros proveedores de atención médica para decidir qué servicios adicionales debería ofrecer MVCHS, no se necesitan qué servicios, si los nuevos tratamientos son eficaces o para comparar cómo estamos haciendo con los demás y para ver donde podemos hacer mejoras. Podemos eliminar la información que lo identifique de este conjunto de información médica para que otros puedan usarla para estudiar el servicio de atención médica sin saber quiénes son nuestros pacientes.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que se pueden hacer con su autorización o oportunidad de oponerse

Recordatorios de Citas: Podemos usar y divulgar información sobre su salud en contacto con usted como un recordatorio de la cita programada.

Servicios Relacionados con la Salud y Alternativas de Tratamiento: Podemos usar y divulgar información médica para informarle acerca de los servicios relacionados con la salud o recomendar opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Por favor, háganos saber si usted no nos pongamos en contacto contigo con esta información, o si desea que usemos una dirección diferente al enviar esta información a usted.

Actividades Para Recaudar Fondos: Podemos utilizar su información médica para contactarlo en un esfuerzo para recaudar dinero para nuestras operaciones sin fines de lucro. Podemos revelar información sobre su salud a una fundación relacionada con MVCHS por lo que la fundación pueda ponerse en contacto con usted para recaudar dinero para MVCHS. Sólo se dará a conocer la información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que recibió tratamiento o servicios de nosotros. Por favor, háganos saber si usted no quiere que entremos en contacto con los esfuerzos de recaudación de fondos.

Las Personas Involucradas en su Atención o el Pago de su Atención: Podemos dar a conocer información sobre su salud a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica o la persona que ayude a pagar por su cuidado.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información sobre su salud para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de privacidad del paciente. Antes de usar o divulgar información médica para investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación especial, aunque podemos revelar información sobre su salud a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación. Por ejemplo, podemos ayudar a investigadores potenciales a buscar pacientes con necesidades específicas de salud, siempre y cuando la información médica que revisen no salga de nuestras instalaciones. Casi siempre le pediremos su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección, u otra información que revele quién es usted o si participará en su atención.

Donación de Órganos y Tejidos: Si usted es un donante de órganos, podemos revelar información sobre su salud a organizaciones que manejan la obtención de órganos, ojos o tejidos oa un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar el órgano o tejido donación y el trasplante.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que se pueden hacer sin su autorización o la oportunidad de oponerse

Como Exige la Ley: Vamos a revelar información sobre su salud cuando sea requerido por las leyes federales, estatales o locales.

Para Evitar una Amenaza Seria a la Salud o la Seguridad: Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sólo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Militares y Veteranos: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o separado / a del servicio militar, nosotros podemos dar información sobre su salud según lo requieran las autoridades militares o el Department of Veterans Affairs que sean aplicables. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.

Compensación de Trabajadores: Podemos dar a conocer información sobre su salud para la compensación del trabajador o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades de Salud Pública: Podemos revelar información sobre su salud para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen generalmente lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad.
- reportar nacimientos y muertes.
- reportar abuso o negligencia infantil.
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- para notificar a personas sobre el retiro de productos.
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación si está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos revelar información sobre su salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y Sisputas: Podemos revelar información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información sobre su salud en respuesta a una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal que no esté acompañada de una orden judicial o administrativa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden de protección la información solicitada.

Cumplimiento de la Ley: Podemos dar a conocer información sobre su salud si se le pide hacerlo por un oficial de la ley:

- en respuesta a una orden judicial, citación, orden, citación o proceso similar.
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida.
- bajo ciertas circunstancias limitadas, sobre la víctima de un crimen.
- acerca de una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal.

- sobre conducta criminal en MVCHS.
- en circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos Forenses, Investigadores y Directores de Funerarias Salud: Podemos revelar su información de salud acerca de nuestros pacientes a un médico forense o examinador de salud. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica a directores de funerarias que sean necesarias para que puedan llevar a cabo sus funciones.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia: Podemos revelar información sobre su salud a funcionarios federales autorizados para la inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de Protección Para el Presidente y Otros: Podemos revelar información sobre su salud a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

Presos: Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar información sobre su salud a la institución correcciones o al funcionario policial. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución pueda brindarle atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Tus Derechos:

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información médica personal. En esta sección de nuestro aviso describe sus derechos y cómo ejercerlos:

Derecho a Inspeccionar y Copiar: Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información médica personal en sus registros médicos y de facturación, o en cualquier otro grupo de registros que mantenemos y usar para tomar decisiones de atención médica. Este derecho no incluye el derecho de inspeccionar y copiar notas de psicoterapia, aunque es posible que, en su solicitud y el pago de la cuota correspondiente, le proporcionará un resumen de estas notas.

Para inspeccionar y copiar su información médica personal, usted debe presentar su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una cuota por el costo de copiado y envío, y para cualquier otro gasto asociado con su solicitud.

Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si su solicitud es denegada, usted puede solicitar que se revise la negativa. Vamos a designar a un profesional de la salud para revisar nuestra decisión de rechazar su solicitud. La persona que realice la revisión no será la misma persona que negó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de esta revisión. Determinadas denegaciones, tales como las relativas a las notas de psicoterapia, sin embargo, no serán revisadas.

Derecho de Modificación: Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar que la corriamos. Usted tiene derecho a solicitar una modificación de la información que tenemos sobre usted. Para solicitar una enmienda, su petición debe hacerse por escrito, presentado a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de esta notificación, y debe estar contenido en una hoja de papel en forma legible mano oa máquina. Además, usted debe proporcionar una razón que apoye su solicitud de enmienda.

Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide enmendar información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la corrección,
- no es parte de la información de salud mantenida por o para MVCHS,
- No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o
- es exacta y completa.

Cualquier modificación que hagamos a su información de salud será compartida con los profesionales de la salud involucrados en su cuidado y para los demás para llevar a cabo las operaciones de pago y atención médica, tal como se describe anteriormente en este aviso.

Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones: Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud que hemos hecho. Cualquier informe no incluirá todas las revelaciones que hacemos. Por ejemplo, un informe no incluirá revelaciones:

- para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica como se describió anteriormente en este aviso.
- conforme a su autorización por escrito.
- a un miembro de la familia, otro pariente o amigo personal involucrado en su cuidado o pago de su cuidado cuando usted nos ha dado permiso para hacerlo.
- a las fuerzas del orden.

Para solicitar una contabilidad de revelaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser más de seis (6) años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos del costo y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos. Le enviaremos una lista de las revelaciones en papel desde dentro de los 30 días de su solicitud, o notificarle si no somos capaces de suministrar la lista dentro de ese período de tiempo y en qué fecha podemos suministrar la lista; esta fecha no será superior a 60 días desde la fecha en que hizo la solicitud.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o atención médica. También tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, usted puede solicitar que no revelemos información sobre usted a un determinado médico u otro profesional de la salud, o que no

revelemos información a su esposo/a acerca de ciertos cuidados que ha recibido.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones si no es factible para nosotros cumplir con su solicitud o si creemos que va a impactar negativamente nuestra capacidad para cuidar de usted. Si estamos de acuerdo, sin embargo, vamos a cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. En su solicitud, debe decirnos qué información quiere limitar ya quién quiere que se apliquen los límites.

Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comunicamos con usted acerca de asuntos de salud de una manera determinada. Por ejemplo, puede solicitar que sólo lo contactemos en el trabajo o por correo a una dirección especificada.

Para solicitar que nos comunicamos con usted en cierta manera, usted debe hacer su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Nosotros acomoda todas las solicitudes razonables.

Derecho a Recibir una Copia de este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para recibir una copia, por favor solicitarla a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso.

Cambios a Este Aviso:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer el aviso de cambio de efectivo para toda la información de salud que mantenemos sobre usted, si se trata de información que previamente hemos recibido sobre usted o información que recibamos sobre usted en el futuro. Se colocará una copia de nuestro aviso actual en nuestras instalaciones. Nuestra notificación indicará la fecha efectiva en la primera página, en la esquina superior derecha. También le dará una copia de nuestro aviso a pedido.

Quejas:

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros o con el Secretary of the Department of Health and Human Services. Usted puede presentar una queja por correo, fax o enviando un correo electrónico una descripción escrita de su queja o al decirnos acerca de su queja en persona o por teléfono:

Jessica Martinez, RN
Oficial de Privacidad
Mora Valley Community Health Services, Inc.
PO Box 209 - Mora, NM 87732
Teléfono: (575) 387-2201 - Fax: (575) 387-9006
jmartinez@mvchs.org

Por favor describa lo que pasó y nos dan las fechas y los nombres de cualquier persona involucrada. Por favor, háganos saber cómo contactar con usted para que podamos responder a su queja. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Otros Usos y Divulgaciones de su Información de Salud Protegida:

Otros usos y divulgaciones de información personal de salud no cubiertos por este aviso o las leyes aplicables se harán sólo con su autorización por escrito. Si nos da su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica personal, puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no podremos usar o divulgar su información médica personal por las razones señaladas en su autorización por escrito. Usted entiende que no somos capaces de revertir los usos y divulgaciones que ya hemos hecho con su autorización, y que estamos obligados a retener nuestros registros del cuidado que le hemos proporcionado.

Mora Valley Community Health Services, Inc.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud en el cumplimiento de la ley. El Aviso de prácticas de privacidad adjunta establece:

- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información médica personal.
- ¿Cómo podemos utilizar y divulgar la información médica que mantenemos sobre usted.
- Sus derechos relacionados con su información médica personal.
- Nuestros derechos para cambiar nuestro Aviso de prácticas de privacidad.
- Cómo presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las condiciones que se aplican a los usos y revelaciones no descritos en este aviso.
- La persona de contacto para más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y para obtener nuestro reconocimiento por escrito que ha recibido una copia de esta notificación

Reconocimiento de Recibo del Paciente

Yo _____, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre o representante del paciente (si es aplicable)

Fecha

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente