

PR-07C Notificación de Prácticas de Privacidad (p)

The MetroHealth System
2500 MetroHealth Drive
Cleveland, OH 44109-1998

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA REALIZAR TRATAMIENTOS, PAGOS U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA Y CON OTROS FINES PERMITIDOS O REQUERIDOS POR LA LEY. TAMBIÉN DESCRIBE SUS DERECHOS DE ACCEDER Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.

La "Información de Salud Protegida" es información acerca de usted, que incluye información demográfica (p. ej. nombre, dirección, otra información de contacto del paciente tal como números de teléfono y dirección de correo electrónico, edad, género y fecha de nacimiento), que pueda identificarlo y que se relacione con su condición o salud mental o física pasada, presente o futura y relacionada con servicios de atención médica.

POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad y Seguridad de la Información de The MetroHealth System llamando al (216) 778-5776. Podemos contactarnos con usted para conversar sobre su Información de Salud Protegida y atención médica a través de cualquiera de los medios que se considere adecuado, incluyendo por teléfono, correo electrónico y mensaje de texto.

I. NUESTRAS OBLIGACIONES

The MetroHealth System comprende que la información médica acerca de usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la privacidad y seguridad de su Información de Salud Protegida. Creamos un registro del cuidado y los servicios que usted recibe en nuestro hospital y de nuestro personal. Necesitamos este registro para brindarle cuidados de calidad y cumplir con ciertas leyes. Esta notificación se aplica a todos los registros de sus cuidados creados, recibidos, transmitidos o conservados por The MetroHealth System, realizados ya sea por el personal del hospital o su médico personal. Esta notificación le comunicará las maneras en que podemos usar y divulgar información de salud acerca de usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de información médica.

La ley nos exige:

- A. Conservar la privacidad de la información médica que lo identifique.
- B. Brindarle esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información de salud sobre usted.
- C. Cumplir los términos de la notificación que tiene vigencia actualmente.

II. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

A continuación se describe cómo usamos y divulgamos información de salud que lo identifique. Excepto con fines descritos a continuación, usaremos y divulgaremos su información de salud solo con autorización.

A. Para tratamiento. Podemos usar información de salud sobre usted para brindar, coordinar o manejar sus servicios o tratamiento médico. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté implicado en cuidar de usted en el hospital. Por ejemplo, un médico que lo esté tratando por una pierna rota puede necesitar saber si tiene diabetes, ya que la diabetes puede ralentizar el proceso de curación. Además, el médico puede necesitar decirle al nutricionista si usted tiene diabetes, de modo que podamos programar comidas adecuadas. Es posible que también distintas áreas del hospital compartan información sobre usted con el fin de suministrar lo que usted necesita, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. Además es posible que divulguemos información médica sobre usted a personas que se encuentren fuera del hospital, como un proveedor de atención médica que pueda estar implicado en sus cuidados médicos después de que se retire del hospital, familiares, el clero u otros que usamos para brindar servicios que forman parte de sus cuidados.

B. Para pagos. Es posible que usemos y divulguemos información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en el hospital puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado a usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, puede que necesitemos brindarle a su plan de salud información acerca de una cirugía a la que usted se sometió en el hospital, para que su plan de salud nos pague o reembolse por tal cirugía. También puede que le informemos a su plan de salud acerca de un tratamiento que recibirá, para obtener la aprobación previa o decidir si su plan cubrirá el tratamiento. Puede solicitar que no compartamos información con su plan de salud con respecto a servicios de atención médica que haya recibido, cuando usted paga por aquellos servicios en su totalidad.

C. Para operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del hospital y para garantizar que todos nuestros pacientes reciban cuidados de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para revisar los trabajos realizados por nuestro personal a cargo de usted. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal del hospital con motivos de revisión y aprendizaje. Podemos además combinar la información médica que tenemos con información médica de otros hospitales a fin de comparar cómo nos estamos desempeñando y dónde podemos realizar cambios en los cuidados y servicios que ofrecemos. Es posible que eliminemos información que lo identifique de este conjunto de información médica, de modo que los demás puedan usarla para estudiar cuidados de salud y la entrega de cuidados de salud sin saber quiénes son los pacientes específicos.

D. Intercambio de Información de Salud. También podemos compartir Información de Salud Protegida sobre usted con otros proveedores que no pertenezcan a MetroHealth. La divulgación de su Información de Salud Protegida a proveedores que no pertenecen a MetroHealth puede realizarse de manera electrónica a través del Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) que les permita a los proveedores implicados en sus cuidados acceder a algunos de sus registros de MetroHealth para coordinar servicios para usted. Podemos hacer que su información esté disponible electrónicamente a través de un Intercambio de Información de Salud electrónico para otros proveedores de atención médica y planes de salud que requieran su información con fines de tratamiento y pago. Compartimos su Información de Salud Protegida en un sistema de información a nivel de comunidad con fines de diagnóstico, tratamiento y coordinación de cuidados. Otros proveedores de atención médica pueden tener acceso a su Información de Salud Protegida a través de este sistema como parte de su tratamiento. El HIE aprobado conserva medidas de seguridad adecuadas para proteger la privacidad y seguridad de su Información de Salud Protegida. Solo las personas autorizadas pueden acceder a su Información de Salud Protegida desde el HIE. Si usted o su representante personal no desean que su Información de Salud Protegida se comparta con HIE, comuníquese

con el Encargado de Privacidad de MetroHealth que pueda asistirlo con esta solicitud. Tiene derecho a solicitar por escrito que MHS no divulgue su Información de Salud Protegida al HIE o que MHS no divulgue categorías específicas de su Información de Salud Protegida al HIE. Su solicitud será respetada por MHS. Tenga en cuenta que toda restricción sobre la divulgación de su Información de Salud Protegida a un HIE puede hacer que un proveedor de atención médica no tenga acceso a información que sea necesaria para que dicho proveedor provea cuidados adecuados. Comuníquese con el Encargado de Privacidad de The MetroHealth si tiene preguntas o inquietudes.

E. Recordatorios de citas. Podemos usar y divulgar información médica para contactarnos con usted para recordarle de una cita para tratamiento o cuidados médicos en el hospital.

F. Tratamientos alternativos. Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre o recomendarle posibles opciones de tratamiento que puedan ser de su interés.

G. Beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar información médica para informarlo sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

H. Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar información médica sobre usted para contactarnos con usted en un esfuerzo por recaudar dinero para MetroHealth System. Podemos divulgar información de contacto a una fundación que trabaje con el hospital, para que dicha fundación pueda contactarse con usted al recaudar dinero para el hospital. La información de contacto incluiría su nombre, dirección y número de teléfono, y puede incluir las fechas en las que recibió tratamiento o servicios en el hospital, el departamento que proporcionó el servicio, el nombre del médico tratante y el resultado de su tratamiento. Con cada contacto, le proporcionaremos instrucciones sobre cómo excluirse voluntariamente de recibir cualquier material de recaudación de fondos futuro. Además, si no desea que el personal del hospital o la fundación se contacten con usted con fines de recaudación de fondos, se incluirán con cada comunicación los procesos específicos para optar por no recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos.

I. Directorio del hospital. Es posible que incluyamos cierta información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras usted es paciente del hospital. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el hospital, su condición general (p. ej. favorable, estable, etc.) y su religión. La información del directorio, excepto la de su religión, también puede ser revelada a personas que pregunten por usted por nombre. La información de su religión puede ser entregada a un miembro del clero, como un sacerdote o rabino, incluso si no la piden por nombre. Esto es para que su familia, amigos y el clero pueden visitarlo en el hospital y saber cómo le está yendo. Usted puede objetar que su información esté en el directorio de pacientes.

J. Personas implicadas en sus cuidados o pago por sus cuidados. Es posible que revelemos información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté implicado en sus cuidados médicos. También es posible que demos información a alguien que ayude a pagar sus cuidados. Podemos también informar a su familia o amigos su condición y que usted se encuentra en el hospital. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que brinde ayuda en caso de desastres, de modo que su familia pueda ser informada de su condición, estado y ubicación. Usted puede objetar que se proporcione su información médica a un amigo o familiar que esté implicado en sus cuidados médicos.

K. Socios comerciales. Las personas y organizaciones que no formen parte del sistema del hospital pueden brindar servicios relacionados con sus cuidados, pago para sus cuidados y/o operaciones hospitalarias. Tales servicios pueden incluir cosas como facturación o el suministro

de dispositivos médicos relacionados con su tratamiento. Divulgaremos la información médica según sea necesario para que pueda entregarse el servicio adecuado. Obtendremos garantías de que estas personas u organizaciones también salvaguardarán su información y protegerán su privacidad y la seguridad de su información.

L. Marketing. En la mayoría de las circunstancias, se requiere que recibamos su autorización por escrito antes de que usemos o divulguemos su Información de Salud Protegida con fines de marketing. Sin embargo, puede que le proporcionemos regalos promocionales de valor nominal. No venderemos nuestras listas de pacientes, no venderemos Información de Salud Protegida ni divulgaremos su Información de Salud Protegida a un tercero con fines de marketing, donde recibamos alguna forma de pago, sin la autorización por escrito adecuada. Es posible que le demos información que lo alentaría a comprar o usar un producto que el hospital esté usando actualmente. No se requiere que obtengamos su permiso si le estamos dando un regalo de valor nominal. Si el regalo implicara un pago directo o indirecto a The MetroHealth de parte de un tercero, debemos obtener su permiso que establezca que tal pago está implicado. No se requiere que obtengamos su permiso si nos comunicamos con usted personalmente. Se requiere la autorización para toda divulgación que constituya la venta de Información de Salud Protegida.

M. Investigación. La participación en estudios de investigación clínica puede ser una opción disponible para usted como receptor de cuidados aquí en MetroHealth. Sus médicos generalmente tienen conocimiento de los tratamientos más recientes que pueden estar disponibles solo bajo protocolos de investigación. Sin embargo, para determinar si estos tratamientos se aplican a usted, puede que necesitemos revisar sus registros médicos cada cierto tiempo. Antes de la aprobación, todos los protocolos de investigación deben ser revisados por un comité independiente que garantice, entre otras cosas, que la privacidad de su información médica está protegida. Nuestros médicos y/o personal afiliado al hospital puede revisar su información médica para determinar si un protocolo de investigación es práctico o para determinar si usted sería un candidato para ello. La información médica que revisan no sale del hospital. Solo nuestros médicos y personal afiliado al hospital revisará sus registros médicos, y ninguna parte de su Información de Salud Protegida será divulgada a terceros sin su autorización específica. Si preliminarmente se determina que usted puede ser elegible para tratamiento según un protocolo de investigación y que tal tratamiento puede ser beneficioso para usted, su médico o un miembro de nuestro personal se contactarán con usted para darle más información.

N. Notas de psicoterapia. Es posible que usemos tal información médica en nuestro programa de capacitación para estudiantes, aprendices o practicantes que están aprendiendo bajo supervisión para practicar o mejorar sus habilidades en asesoría grupal, conjunta, familiar o individual. Esta información médica puede ser utilizada por el creador del tratamiento. The MetroHealth System puede usar esta información para defenderse de una acción legal y otro procedimiento entablado por o en nombre del paciente. En todos los demás casos, tendríamos que obtener su permiso para usar esta información médica.

O. Según lo requiere la ley. Divulgaremos información médica sobre usted cuando la ley federal, estatal o local exija hacerlo. Esto puede incluir divulgaciones a Juntas que gobiernen la práctica profesional de proveedores de atención médica tal como la Junta Médica Estatal. También puede incluir registros que se nos exigen para proporcionar información tal como el Registro de Trauma en Ohio. La divulgación de información altamente sensible tal como una persona que se ha sometido a una prueba para detectar VIH, los resultados de una prueba de VIH, y la identidad de una persona que tiene SIDA solo será revelada según lo ordene la ley o lo autorice la persona.

P. Para evitar una seria amenaza para la salud o la seguridad. Es posible que usemos y divulguemos información médica sobre usted cuando sea necesario para evitar una seria amenaza para su salud y seguridad o la salud y la seguridad del público u otra persona. Toda divulgación, sin embargo, sería únicamente para alguien que pueda ayudar a evitar la amenaza.

Q. Derecho a recibir notificación de una violación de seguridad. Se requiere que lo notifiquemos mediante correo prioritario o correo electrónico (si ha indicado que prefiere recibir información por correo electrónico) acerca de toda violación de su Información de Salud Protegida Sin Garantías lo antes posible, pero en cualquier caso, antes de los 60 días posteriores a que hayamos descubierto la violación. La "Información de Salud Protegida Sin Garantías" es Información de Salud Protegida que no se ha convertido en inutilizable, ilegible e indescifrable para usuarios no autorizados. La notificación le brindará la siguiente información:

- Una corta descripción de lo que ocurrió, la fecha de la violación y la fecha en que se descubrió.
- Las medidas que debe tomar para protegerse de posibles daños a causa de la violación.
- Las medidas que estamos tomando para investigar la violación, mitigar las pérdidas y protegernos de más violaciones.
- La información de contacto donde puede hacer preguntas y obtener información adicional.
- Si la violación involucra a 10 o más pacientes cuya información de contacto está desactualizada, publicaremos una notificación de la violación en nuestro sitio web o un medio audiovisual o impreso principal.

R. Información genética. Se nos prohíbe usar o divulgar información genética individualmente identificable con fines de suscripción.

III. SITUACIONES ESPECIALES

A. Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, es posible que divulguemos información médica a los lugares que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejido o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para ayudar con la donación o el trasplante de órganos o tejidos.

B. Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, es posible que divulguemos información médica sobre usted según lo requieran las autoridades del comando militar. Puede que también revelemos información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera adecuada.

C. Compensación de trabajadores. Es posible que revelemos información médica sobre usted para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

D. Riesgos de salud pública. Es posible que divulguemos información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

1. Evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad.
2. Reportar nacimientos o fallecimientos.
3. Reportar abuso o negligencia de niños o ancianos.
4. Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
5. Notificar a personas sobre el retiro del mercado de productos que estén usando.

6. Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
7. Notificar a la autoridad gubernamental adecuada si creemos que un paciente ha sido víctima de un crimen como una ofensa sexual, herida de bala, etc.

E. Actividades de supervisión de la salud. Es posible que divulguemos información médica a una agencia de supervisión de la salud para realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencia. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, programas gubernamentales y el cumplimiento con leyes y normas.

F. Demandas y disputas. Si está involucrado en una demanda o disputa, es posible que divulguemos información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial u orden administrativa. Puede que divulguemos información médica para defender una demanda establecida contra el hospital o alguno de los miembros de su personal. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de alguien más que esté involucrado en esta disputa, pero únicamente si se han hecho esfuerzos para informarlo acerca de la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

G. Cumplimiento de la ley. Puede que revelemos información médica si un oficial de las fuerzas del orden público nos lo solicita.

1. En respuesta a una orden judicial, citación (con autorización adecuada), mandamiento judicial, citación judicial o proceso similar.
2. Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
3. Acerca de la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona.
4. Acerca de un fallecimiento que creemos que puede ser el resultado de conducta criminal.
5. Acerca de conducta criminal en el hospital.
6. En circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la ubicación del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

H. Circunstancias de emergencia. Es posible que revelemos información médica sobre usted si usted no puede objetar debido a incapacidad o si existe una necesidad de tratamiento de emergencia. Podemos divulgar parte o toda su información de salud personal para el directorio del establecimiento basándonos en selecciones previas que usted expresó. También podemos divulgar parte o toda su información de salud personal si es de su mejor interés, lo cual sería determinado por The MetroHealth System en el ejercicio del juicio profesional.

I. Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerales. Es posible que revelemos información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa del fallecimiento. También es posible que revelemos información médica sobre pacientes del hospital a directores de funerales según sea necesario para que lleven a cabo sus labores. La información médica de una persona fallecida por más de 50 años no es Información de Salud Protegida.

J. Actividades de seguridad nacional e inteligencia. Es posible que revelemos información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

K. Servicios protegidos para el Presidente y otros. Es posible que divulguemos información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

L. Reclusos. Si usted es recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de las fuerzas del orden público, es posible que revelemos información médica sobre usted a la institución correccional o al oficial de las fuerzas del orden público. Esta revelación sería necesaria (1) para que la institución le brinde 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.

IV. SUS DERECHOS CON RESPECTO A INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Usted cuenta con los siguientes derechos con respecto a información médica que conservamos sobre usted:

A. Derecho a inspeccionar y sacar copia. Tiene derecho a inspeccionar y sacar copia de su información de salud contenida en su conjunto de registros designado, la cual es la información que puede ser utilizada para tomar decisiones acerca de sus cuidados. Usualmente, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye información recopilada con anticipación de un procedimiento legal e información prohibida por la ley. Para inspeccionar y sacar copia su información de salud contenida en el conjunto de registros designado, debe enviar su solicitud por escrito a Registros Médicos (Medical Records), 2500 MetroHealth Drive, Cleveland, Ohio 44109. Si solicita una copia de la información, podemos cargar un cobro razonable por los costos de copiado y envío o costos incurridos al responder su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y sacar copia de registros en casos limitados. Si se le niega el acceso a información médica, puede solicitar que se revise la negación. Un profesional de atención médica licenciado autorizado elegido por el hospital revisará su solicitud y la negación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechace su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión. Si su Información de Salud Protegida se conserva en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o un registro de salud electrónico), tiene derecho a solicitar que se le dé una copia electrónica de su registro o que se transfiera a otra persona o entidad. Esta solicitud también debe realizarse por escrito. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo asociado con la transferencia del registro médico electrónico.

B. Derecho a una copia electrónica de registros médicos

Si su Información de Salud Protegida se conserva en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o un registro de salud electrónico), tiene derecho a solicitar que se le dé una copia electrónica de su registro o que se transfiera a otra persona o entidad. Haremos todo esfuerzo por brindar acceso a su Información de Salud Protegida en la forma o formato que usted solicite, si es fácil de producir en tal forma o formato. Si la Información de Salud Protegida no es fácil de producir en la forma o el formato en que usted solicita, su registro será proporcionado en ya sea nuestro formato electrónico estándar o, si no desea esta forma o formato, copia impresa legible. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo por la labor asociada con la transferencia del registro médico electrónico.

C. Derecho a solicitar una enmienda. Si siente que la información médica que tenemos sobre usted es errónea o faltante, puede solicitarnos enmendar la información. Tiene derecho a solicitar un cambio mientras la información sea conservada por o para el hospital. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe establecer el motivo de la misma y debe realizarse por escrito

y enviarse a Registros Médicos. Además, usted debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Es posible que rechacemos su solicitud de una enmienda si no está realizada por escrito o no incluye un motivo que respalde la solicitud. También es posible que rechacemos su solicitud si nos pide que enmendemos información que:

1. No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda.
2. No forma parte de la información médica conservada por o para el hospital.
3. No forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y sacar copia.
4. Es correcta y completa.

Si se le concede la solicitud, The MetroHealth System realizará la enmienda y le informará cuando se realice. Si su solicitud es rechazada, le proporcionaremos una denegación por escrito que establezca el fundamento del rechazo. Tiene derecho a presentar una declaración por escrito mostrando su desacuerdo con la denegación. The MetroHealth System debe actuar sobre una solicitud antes de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud o notificarle por escrito que necesitamos 30 días más.

D. Derecho a una explicación de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar una "explicación de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de la información médica sobre usted que se encuentra fuera de la información divulgada según se describe en este documento. Por ejemplo, divulgaciones para tratamiento, facturación y cobro de pagos para su tratamiento, operaciones de atención médica, aquellas que ha solicitado, autorizado, o aquellas que ha realizado a personas implicadas en sus cuidados, según lo permite la ley cuando el uso o la divulgación se relacionan con funciones gubernamentales especializadas o instituciones correccionales y otras situaciones de privación de libertad por fuerzas del orden público, o como parte de un conjunto de datos limitado que no contiene cierta información que lo identificaría como parte de las divulgaciones previstas y, por lo tanto, no se incluiría en un historial de divulgaciones. Para solicitar una explicación de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a Registros Médicos. Su solicitud debe establecer un periodo de tiempo, que no puede ser mayor a seis (6) meses. Su solicitud debe indicar de qué manera desea la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratis. En el caso de más listas, es posible que le cobremos por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos sobre los costos implicados y usted puede elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de incurrir en algún costo.

E. Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. *No estamos obligados a aceptar su solicitud.* Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Director de Registros Médicos marcada como "personal y confidencial". Si hace su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites. **Si pagó de su bolsillo completamente por un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que su Información de Salud Protegida con respecto a ese artículo o servicio no sea divulgada a un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica, y respetaremos esa solicitud.**

F. Derecho a revocar autorización. Tiene derecho a revocar su autorización en cualquier momento, solo si es por escrito.

G. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted para conversar acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Director de Registros Médicos marcada como "personal y confidencial". No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su registro debe especificar cómo y dónde desea que lo contactemos. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables.

H. Derecho a una copia impresa de esta notificación. Tiene derecho a una copia impresa de esta notificación. Puede solicitarnos que le brindemos una copia de esta notificación en cualquier momento. Incluso si ha acordado recibir esta notificación de manera electrónica, de igual manera tiene derecho a una copia impresa de la misma. Puede obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio web, <http://www.metrohealth.org/general/privacy.asp>. Se encuentran disponibles copias impresas adicionales de esta notificación en Oficinas de Información, Registros Médicos y con los Asesores Financieros.

V. CAMBIOS REALIZADOS A ESTA NOTIFICACIÓN

Nos reservamos el derecho a realizar cambios a esta notificación. Nos reservamos el derecho a hacer que la notificación revisada o modificada sea vigente para información médica sobre usted que ya tenemos, así como toda información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de la notificación actual en el hospital. La notificación contendrá la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Si se modifica la notificación, se pondrá una copia revisada a su disposición para que la revise en nuestro sitio web y/o en una copia impresa en los lugares indicados anteriormente.

VI. QUEJAS

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el hospital o la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services). Para presentar una queja ante el hospital, puede contactarse con el equipo de Privacidad de The MetroHealth System (The MetroHealth System's Privacy), en 2500 MetroHealth Drive, Cleveland, Ohio, 44109. También puede llamar por teléfono al equipo de Privacidad al (216) 778-7051. Puede contactarse con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services), Washington D.C., por escrito, dentro de los 180 días del momento en que considere que sus derechos de privacidad han sido violados. No lo penalizaremos por presentar una queja.

VII. OTROS USOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y divulgaciones de su información de salud no cubiertos por esta notificación o las leyes que nos competen se realizarán solo con su autorización por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información de salud, puede revocar aquel permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud para los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su permiso, y que se nos exige conservar nuestros registros de los cuidados que le proporcionamos.

VIII. FECHA DE VIGENCIA DE ESTA NOTIFICACIÓN

Esta notificación entra en vigencia el 18 de septiembre de 2013.

IX. Revisado: 21 de junio de 2017