



Building healthy communities

HOLYOKE HEALTH

Aviso de Prácticas de Privacidad

Holyoke Health Center, Inc.

230 Maple St ~ P.O. Box 6260

Holyoke, MA 01041-6260

Teléfono: 413-420-2200 ~ TTY: 413-534-9472

Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. **Por favor, revise cuidadosamente.**

Sus Derechos

Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia de su expediente médico de papel o electrónico
- Corregir su expediente médico de papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos 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
- Escoger a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si siente que sus derechos han sido violados

➤ **Vealapágina 2** para más información sobre estos derechos y como ejercerlos

Sus Opciones

Usted tiene algunas alternativas en la manera en que usamos y compartimos su información si nosotros:

- Informamos a sus familiares y amigos sobre su condición
- Proveemos atención en caso de desastre
- Proveemos cuidado de salud mental
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Recaudamos fondos

➤ **Vea la página 3** para más información sobre estos derechos y como ejercerlos

Nuestro Uso y Divulgación

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Le tratamos
- Operamos en nuestra organización
- Facturamos por sus servicios
- Ayudamos con asuntos de salud pública y seguridad
- Realizamos trabajos de investigación
- Cumplimos con los requisitos de la ley
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajamos con un médico forense o un director de funeraria
- Atendemos solicitudes de información por parte de la compensación del trabajador, el sistema judicial y otras agencias de gobierno
- Respondemos a demandas y acciones legales

➤ **Vealaspáginas3y4** para más información sobre estos derechos y como ejercerlos

Sus Der echos

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

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información que tengamos sobre su salud. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Nosotros le proveeremos una copia o resumen de su información de salud dentro de 30 días de su solicitud.
- Los expedientes médicos se conservan por un mínimo de 20 años desde la fecha de su última atención médica o tratamiento.

Pídanos hacer correcciones en su expediente médico

- Usted nos puede pedir que corrijamos su información de salud si usted cree que está incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Puede ser que digamos que “no” a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de 60 días.

Solicite comunicación confidencial

- Usted nos puede pedir que nos comuniquemos con usted de cierta manera (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Diremos que “sí” a toda solicitud razonable.

Consúltenos para limitar lo que usamos o compartimos

- Usted nos puede pedir que no compartamos o utilicemos cierta información para tratamiento, pagos o para nuestras operaciones. Nosotros no estamos obligados a aceptar esa solicitud y puede ser que digamos que “no” si esto afectase su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o artículo de salud en su totalidad de su propio bolsillo, usted nos puede pedir que no compartamos esta información por motivo de pago o para nuestras operaciones con su seguro médico. Diremos que “sí” a menos que la ley nos obligue a compartir esta información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes compartimos su información

- Usted nos puede pedir una lista (enumeración) de las veces que hemos compartido su información de salud por los pasados 6 años desde la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las de tratamiento, pagos y operaciones del centro de salud y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que divulguemos).

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado en recibir el aviso electrónicamente. Le daremos una copia con prontitud.

Escoja a alguien que actúe por usted

- Si usted ha dado a alguien un poder médico especial o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga dicha autoridad y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Presente una queja si siente que sus derechos han sido violados

- Usted puede presentar una queja si siente que sus derechos han sido violados contactándonos usando la información de la primera página de este documento.
- Puede presentar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C.20201, por teléfono al 1-877-696-6755 o visitando la pagina web al www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus Opciones

Para cierta información de salud, usted nos puede decir sus preferencias acerca de la información que compartimos. Si tiene una preferencia clara por la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas abajo, déjenos saber. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción para decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros envueltos en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de ayuda durante un desastre. Incluyamos su información en un directorio del hospital.
- Si no puede decirnos su preferencia, si está inconsciente por ejemplo, procederemos a compartir su información si creemos que está en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para minimizar una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nosotros nunca compartimos su información a menos que usted nos dé su autorización por escrito:

- Propósitos de propaganda
- Venta de su información
- Compartir la mayoría de las notas de psicoterapia

En caso de recaudación de fondos:

- Puede ser que le contactemos en nuestros esfuerzos por recaudar fondos, pero usted puede decirnos que no le volvamos a contactar.

Nuestro Uso y Divulgación

¿Cómo normalmente utilizamos o compartimos su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Para tratarle

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén tratando

Ejemplo: un doctor le está tratando por una lesión y le pregunta a otro doctor por su condición en general.

Para las operaciones de nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud en las operaciones de nuestra organización, mejorar su cuidado y comunicarnos con usted según sea necesario.

Ejemplo: usamos su información de salud para manejar su tratamiento y servicios.

Para facturación de sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes médicos u otras entidades

Ejemplo: Proveemos información sobre su salud a seguros médicos para que estos puedan pagar por sus servicios.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o se nos obliga a compartir su información de otras maneras – usualmente de maneras que contribuyan al bienestar público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones dentro de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para más información, por favor visite la página del internet al: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayuda con la salud pública y asuntos de seguridad

- Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones tales como:
 - En la prevención de enfermedades
 - Al ayudar con la retirada de productos del mercado
 - Al reportar reacciones adversas a medicamentos
 - Al reportar la sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Al prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

Trabajos de investigación

- Podemos usar o compartir su información para trabajos de investigación de salud

Cumplir con los requisitos de la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo si el Departamento de Salud y Servicios Humanos quiere ver si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones dedicadas a la adquisición de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de una funeraria

- Podemos compartir información de salud con un oficial forense, médico forense o director de una funeraria cuando una persona muere.

Atender solicitudes de información para la compensación del trabajador, el sistema judicial y otras agencias de gobierno

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
 - Para reclamaciones de compensación al trabajador
 - Para propósitos legales o con un oficial del sistema judicial
 - Con agencias que supervisan la salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones de gobierno especiales, como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

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

NOTA: A excepción de las situaciones mencionadas en este aviso, debemos obtener su autorización por escrito para cualquier otra divulgación de su información de salud.

Si usted firma un formulario de autorización, usted puede revocar su autorización en cualquier momento, siempre y cuando la revoque por escrito. Si desea revocar su autorización, por favor envíe su revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre alguna violación que haya puesto en peligro la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proveerle a usted con una copia del mismo.
- Nosotros no usaremos o compartiremos su información de otra manera que no sea la que está descrita en este aviso a menos que usted nos diga que podemos hacerlo. Si nos da su autorización, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en las Condiciones de este Aviso

Nosotros podemos cambiar las condiciones de este aviso y los cambios aplicarán a toda información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible por pedido en nuestra oficina y en nuestra página de internet.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad está efectivo desde 9/14/26

Este Aviso de Prácticas de Privacidad aplica a las siguientes organizaciones:

Holyoke Health Center, Inc. y todos sus servicios y localidades.

www.hhcinc.org

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si siente que sus derechos de privacidad han sido violados, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad en el 230 Maple St, Holyoke, MA 01040 ó llame al 413-420-1700.