

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 24 de octubre de 2019

Actualización: 26 de enero de 2024

EL PRESENTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ("AVISO") DESCRIBE LA FORMA EN QUE PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y EL MODO EN QUE PUEDE ACCEDER A LA MISMA. LÉALO ATENTAMENTE.

Valoramos profundamente el respeto por la privacidad de nuestros pacientes en HSS Florida Physicians, LLC (HSS FP). No solo es lo que esperan nuestros pacientes, sino que es la forma correcta de brindar atención médica. Como lo exige la ley, nos comprometemos a proteger la privacidad de la información médica que pueda divulgar su identidad y a proporcionarle una copia de nuestro Aviso que describe las prácticas de privacidad de la información médica del HSSFP, su personal médico y los prestadores de atención médica afiliados a la hora de prestar servicios de atención médica para el HSSFP. Nuestro Aviso se publicará en un lugar destacado. También podrá obtener su propia copia de nuestro Aviso si accede al sitio web en <https://www.hss.edu/hss-florida.asp>, llamando a HSSFP al 561.657.4600 o solicitándola en su próxima visita.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea obtener más información, comuníquese con el director ejecutivo del HSSFP, quien funge como oficial de Privacidad del HSSFP, al 561.657.4600.

¿QUIÉN SEGUIRÁ LAS PRÁCTICAS DE ESTE AVISO?

HSS Florida Physicians, LLC ofrece atención médica a pacientes junto con médicos y otros profesionales y organizaciones de atención médica. Las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso serán observadas por:

- Cualquier profesional médico que preste servicios directos para tratarle en el HSSFP; y
- Todos los empleados, personal médico, aprendices, estudiantes y voluntarios del HSSFP que presten servicios directos.

Las prácticas de privacidad descritas en este aviso no se aplican cuando se le proporciona atención en los consultorios privados del personal médico de HSSFP o de otros profesionales de atención médica. Por ejemplo, si un médico presta servicios quirúrgicos en el HSSFP, se aplicarán las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. Si le atiende el mismo médico para una cita de seguimiento en su consultorio privado, no se aplicarán las prácticas de privacidad de este Aviso. El médico deberá facilitarle un Aviso aparte en el que se expliquen las prácticas de privacidad que se aplicarán en su consultorio privado. Además, las prácticas de privacidad descritas en este Aviso no se aplican a los miembros del personal médico del HSSFP ni a otros miembros de nuestra plantilla cuando lo atiendan en otros hospitales o centros.

PERMISOS DESCRITOS EN ESTE AVISO

En el presente Aviso se explican los distintos tipos de permiso que obtendremos de usted antes de utilizar o divulgar su información médica para ciertos fines. Los dos tipos de permisos a los que se refiere este Aviso son:

- La "oportunidad de presentar objeciones", que le daremos antes de que podamos utilizar o divulgar su información médica para ciertos fines. En estos casos, tendrá la oportunidad de oponerse al uso o divulgación de su información médica en persona, por teléfono o por escrito.
- Una "autorización por escrito" en la que le proporcionaremos información detallada sobre quién puede recibir su información médica para ciertos fines específicos. Solo podremos utilizar y divulgar sus datos médicos descritos en la autorización escrita de las formas que se explican en el formulario de autorización escrita que ha firmado. La autorización escrita tendrá una fecha o evento de vencimiento.

QUÉ INFORMACIÓN MÉDICA GOZA DE PROTECCIÓN

Nos comprometemos a proteger la privacidad de la información que recopilamos sobre usted mientras le prestamos servicios médicos. Algunos ejemplos de información médica protegida son:

- información que indique que usted es paciente del HSSFP o que recibe tratamiento u otros servicios médicos del HSSFP;
- información sobre su estado de salud (como una enfermedad que pueda padecer);
- información sobre productos o servicios médicos que haya recibido o pueda recibir en el futuro (como una operación); o
- información sobre sus prestaciones médicas en virtud de un plan de seguro (como por ejemplo, si una receta tiene cobertura);

si se combina con:

- información demográfica (como su nombre, dirección o estado de seguro);
- números únicos que puedan identificarle (como su número de la Seguridad Social, su número de teléfono o el número de su licencia de conducir); u
- otros tipos de información que puedan identificar quién es usted.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Requisito de autorización por escrito. Generalmente, obtendremos su autorización por escrito antes de usar su información médica o de compartirla con terceros ajenos al HSSFP.

Excepciones al requisito de autorización por escrito. Existen algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización por escrito antes de utilizar su información médica o compartirla con otros. Algunas pueden ser:

1. Tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Podemos utilizar su información médica o compartirla con terceros para tratar su enfermedad, obtener el pago de dicho tratamiento y llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. En algunos casos, también podemos divulgar su información médica para actividades de pago y ciertas operaciones de atención médica de otro proveedor de atención médica o pagador.

Tratamiento. Podemos compartir su información sanitaria con médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios del HSSFP que participen en su atención, y ellos a su vez pueden utilizar esa información para diagnosticarlo o tratarlo. Los médicos del HSSFP pueden compartir su información médica con otros médicos del HSSFP o con un médico de otro hospital para determinar cómo diagnosticarlo o brindarle tratamiento. Su médico también puede compartir su información sanitaria con otro médico al que se le haya remitido para recibir atención sanitaria adicional.

Pagos. Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros para poder obtener el pago de sus servicios médicos. Por ejemplo, podemos compartir información suya con su compañía de seguros médicos para obtener el reembolso después de haberle tratado, o para determinar si cubrirá su tratamiento. Asimismo, es posible que tengamos que informar a su aseguradora sobre su estado de salud para obtener la aprobación previa de su tratamiento. Por último, podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica y pagadores para sus actividades de pago.

Operaciones de atención médica. Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para evaluar el rendimiento de nuestro personal al atenderle, o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que prestan. Por último, podemos compartir su información de salud con otros proveedores de atención médica y encargados de pagos para algunas de sus operaciones de atención médica si la información tiene que ver con una relación que el proveedor o el encargado de pagos tenga o haya tenido previamente con usted, y si el proveedor o encargado de pagos está obligado por la legislación federal a proteger la privacidad de su información médica.

Designación de recordatorios, alternativas de tratamiento o distribución de prestaciones y servicios médicos. En el transcurso de la administración de un tratamiento, podemos utilizar su información sanitaria para contactarle y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios en nuestras instalaciones. Asimismo, podemos emplear sus datos médicos para recomendarle posibles alternativas de tratamiento o prestaciones y servicios relativos a la salud que puedan ser de su interés. Sin embargo, en la medida en que un tercero nos proporcione una remuneración económica para que le transmitamos estos mensajes relacionados con el tratamiento o

las operaciones de atención sanitaria, obtendremos su autorización por adelantado como lo haríamos con cualquier otro mensaje de marketing (tal y como se describe más adelante en el presente Aviso).

Socios comerciales. Podemos revelar sus datos médicos a contratistas, agentes y otros socios comerciales que necesiten la información para ayudarnos a obtener el pago o llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con una empresa de facturación que nos ayude a obtener el pago de su aseguradora. Otro ejemplo es que podemos compartir su información médica con una empresa de contabilidad o un bufete de abogados que nos proporcione asesoramiento profesional sobre cómo mejorar nuestros servicios de atención médica y cumplir con la ley. En caso de que divulguemos su información médica a un socio comercial, celebraremos un contrato por escrito que exija a nuestro socio comercial proteger la privacidad de su información médica. También podemos permitir que nuestros socios comerciales anonimicen su información médica para utilizarla en beneficio de HSSFP o en beneficio del socio comercial, o para crear, utilizar y divulgar conjuntos de datos limitados, tal como se describe a continuación en la sección titulada "Información total o parcialmente anonimizada".

2. Directorio de pacientes, familiares y amigos

Podemos utilizar su información médica en, y divulgarla desde, nuestro Directorio de pacientes, o compartirla con familiares y amigos que participen en su atención, sin su autorización por escrito. Usted tendrá la oportunidad de oponerse a estos usos y divulgaciones de su información médica a menos que no haya tiempo suficiente debido a una emergencia médica (en cuyo caso discutiremos sus preferencias con usted tan pronto como la emergencia haya pasado). Seguiremos sus deseos a menos que la ley nos obligue a lo contrario.

Directorio de pacientes. Si usted no se opone, incluiremos su nombre, su ubicación en nuestro centro, su estado general (*p. ej.*, regular, estable, crítico, etc.) y su afiliación religiosa en nuestro directorio de pacientes mientras sea paciente del HSSFP. Esta información del directorio, excepto su afiliación religiosa, puede darse a conocer a personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa puede darse a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino, aunque este no pregunte por usted por su nombre.

Familiares y amigos involucrados en su atención. Si no se opone, podemos compartir sus datos médicos con un familiar, pariente o amigo personal cercano que participe en su atención o en el pago de dicha atención. Asimismo, podemos notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación y estado general como paciente del HSSFP. En algunos casos, es posible que necesitemos compartir su información con una organización de ayuda en caso de catástrofe que nos ayude a notificar a estas personas.

3. Emergencias o necesidad pública

Podemos utilizar su información médica, y compartirla con otros, para tratarle en caso de urgencia o para satisfacer las necesidades públicas importantes. No tendremos la obligación de obtener su autorización por escrito ni de darle la oportunidad de oponerse antes de utilizar o divulgar su información médica por estos motivos. Sin embargo, obtendremos su autorización por escrito o le daremos la oportunidad de oponerse al uso y divulgación de su información médica en estas situaciones si la ley estatal exige específicamente que lo hagamos.

Emergencias. Podemos utilizar o divulgar su información médica si necesita tratamiento de urgencia o si la ley nos obliga a tratarle.

Como exige la ley. Podemos hacer uso o divulgar su información médica si así nos lo exige la ley. Le informaremos de estos usos y divulgaciones si la ley así lo exige.

Actividades de salud pública. Podemos revelar su información médica a funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia gubernamental extranjera que colabore con dichos funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con funcionarios gubernamentales responsables del control de enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información médica a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que corra el riesgo de contraer o propagar la enfermedad si la ley nos lo exige o nos lo permite. Y, por último, podemos revelar parte de su información médica a su empleador si este nos contrata para realizarle un examen físico y descubrimos que tiene una lesión o enfermedad laboral que su empleador debe conocer para cumplir con las leyes en materia de empleo.

Víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica. Podemos divulgar su información médica a una autoridad de salud pública que tenga autorización para recibir denuncias de abuso, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, podemos dar a conocer su información a funcionarios del gobierno si creemos de manera razonable que usted ha sido víctima de dicho abuso, negligencia o violencia doméstica. Nos esforzaremos por obtener su permiso antes de divulgar esta información, pero en algunos casos, podemos vernos obligados o autorizados a actuar sin su permiso.

Actividades de supervisión médica. Tenemos derecho a revelar su información médica a las agencias gubernamentales autorizadas a realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales supervisan el funcionamiento del sistema de salud, los programas de prestaciones gubernamentales como Medicare y Medicaid, y el cumplimiento de los programas reguladores gubernamentales y las leyes de derechos civiles.

Supervisión, reparación, y retiro de productos. Podemos revelar su información médica a una persona o empresa regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos con el fin de: (1) informar o hacer un seguimiento de la existencia de deficiencias o problemas en los productos; (2) reparar, sustituir o retirar productos defectuosos o peligrosos; o (3) supervisar el funcionamiento de un producto después de que haya sido aprobado para su uso por el público en general.

Demandas y controversias. Podremos revelar sus datos médicos si así nos lo ordena un tribunal judicial o administrativo que se ocupe de un pleito u otro tipo de controversia.

Cumplimiento de la ley. Podemos revelar su información médica a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley por las siguientes razones:

- Para cumplir órdenes judiciales o leyes que estemos obligados a acatar;
- Para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
- Si ha sido víctima de un delito y constatamos que: (1) no hemos podido obtener su consentimiento debido a una emergencia o a su incapacidad; (2) los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley necesitan esta información de inmediato para llevar a cabo sus funciones policiales; y
- (3) según nuestro criterio profesional, la divulgación a estos funcionarios responde a sus intereses;
- Si sospechamos que su muerte fue consecuencia de una conducta delictiva;
- Si es necesario para informar de un delito ocurrido en nuestra propiedad; o
- Si es necesario para informar de un delito descubierto durante una emergencia médica fuera de nuestras instalaciones (por ejemplo, por técnicos de emergencias médicas en la escena de un crimen).

Para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otra persona o del público. En tales casos, solo compartiremos su información con alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. También podemos revelar su información médica a los agentes de la ley si nos dice que ha participado en un delito violento que puede haber causado daños físicos graves a otra persona (a menos que haya admitido ese hecho durante el asesoramiento), o si determinamos que se ha escapado de una custodia legal (como una prisión o una institución de salud mental).

Seguridad nacional y actividades de inteligencia o servicios de protección. Podemos revelar su información médica a funcionarios federales con autorización que estén llevando a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia o proporcionando servicios de protección al presidente u otros funcionarios de relevancia.

Milicia y veteranos. En el caso de que usted pertenezca a las Fuerzas Armadas, podremos revelar información sobre su salud a las autoridades de mando militar correspondientes para las actividades que consideren necesarias en cumplimiento de su misión militar. También podemos divulgar información médica sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Reclusos e instituciones penitenciarias. En caso de que usted sea un recluso o esté detenido por un agente de las fuerzas del orden, podremos revelar su información médica a los funcionarios de prisiones o a los agentes de las fuerzas del orden si es necesario para ofrecerle asistencia médica o para mantener la seguridad, la protección y el buen orden en el lugar en el que se encuentre confinado. Esto incluye compartir la información que sea necesaria para proteger la salud y la seguridad de otros reclusos o de las personas que participan en la supervisión o el transporte de los reclusos.

Indemnización laboral. Es posible que divulguemos su información médica para la indemnización laboral o programas similares que otorgan prestaciones por lesiones laborales.

Médicos forenses, examinadores médicos, y directores de funerarias. En el desafortunado caso de su fallecimiento, podemos divulgar su información médica a un médico forense o examinador médico. Tal vez sea necesario, por ejemplo, para averiguar la causa del fallecimiento. Además, podemos revelar su información médica a los directores de funerarias según sea necesario para que lleven a cabo sus funciones.

Donación de órganos y tejidos. En el desafortunado caso de que usted fallezca, podemos divulgar su información médica a organizaciones que se dedican a adquirir o almacenar órganos, ojos u otros tejidos para que estas organizaciones investiguen si es posible la donación o el trasplante según las leyes vigentes.

Investigación. En la mayoría de los casos, le pediremos una autorización por escrito antes de usar su información médica o compartirla para llevar a cabo alguna investigación. Sin embargo, en algunas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito si obtenemos la aprobación a través de un proceso especial para garantizar que la investigación sin su autorización por escrito suponga un riesgo mínimo para su privacidad. En cualquier caso, bajo ninguna circunstancia permitiremos que los investigadores utilicen su nombre o identidad para fines públicos. Asimismo, podemos divulgar su información médica sin su autorización por escrito a personas que preparen un futuro proyecto de investigación, siempre y cuando la información que le identifique no salga de nuestras instalaciones. En el lamentable caso de que usted fallezca, podemos compartir sus datos médicos con personas que estén llevando a cabo investigaciones con datos de personas fallecidas, siempre que se comprometan a no retirar de nuestro centro ningún dato que le identifique. Como se describe más adelante en la sección titulada "Información total o parcialmente

anonimizada", nosotros o nuestros socios comerciales podemos crear, utilizar o divulgar datos limitados de su información personal parcialmente anonimizada para fines de investigación sin su autorización.

Recaudación de fondos. La recaudación de fondos es una comunicación del HSSFP o de uno de sus socios comerciales, o por parte de la organización de apoyo afiliada al HSSFP, The Hospital for Special Surgery Fund, Inc. (el "Fondo"), con el fin de recaudar fondos para promover las misiones del HSSFP y sus afiliados de atención al paciente, investigación y educación, lo que incluye peticiones de dinero o patrocinio de eventos. Es posible que utilicemos determinada información sobre usted para la recaudación de fondos, incluyendo información demográfica (como su edad, fecha de nacimiento, sexo y lugar de residencia o trabajo), su situación con respecto al seguro, las fechas en las que recibió nuestros servicios e información sobre el departamento del HSSFP donde recibió los servicios, la identidad de su(s) médico(s) tratante(s) y el resultado de su tratamiento. También podemos compartir esta información con el Fondo u otras fundaciones benéficas que se pondrán en contacto con usted para recaudar fondos en nombre de HSSFP y sus afiliados. No obstante, tiene derecho a excluirse de futuras comunicaciones de recaudación de fondos y puede hacerlos siguiendo las instrucciones de exclusión facilitadas como parte de la comunicación de recaudación de fondos.

4. Información parcial o totalmente anónima

Nosotros o nuestros socios comerciales podemos utilizar y divulgar su información médica si hemos eliminado cualquier información que tenga el potencial de identificarle, de modo que la información médica sea "completamente anónima". Dicha información anónima ya no estará sujeta a los términos de este Aviso. Nosotros y nuestros socios comerciales también podemos utilizar y divulgar información sanitaria "parcialmente anónima", conocida como "conjunto de datos limitados", sobre usted con fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica si la persona que va a recibir el conjunto de datos limitados firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información tal y como exigen las leyes federales y estatales. Los conjuntos de datos limitados *no* contendrán información alguna que pueda identificarle directamente (como su nombre, dirección postal, número de Seguridad Social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia).

5. Divulgaciones accidentales

Si bien tomaremos las medidas razonables para garantizar la privacidad de su información médica, es posible que se produzcan ciertas divulgaciones de su información médica durante o como resultado inevitable de nuestros usos o divulgaciones de su información médica, que de otro modo son permisibles. Por ejemplo, en el transcurso de una sesión de tratamiento, otros pacientes que se encuentren en la zona de tratamiento pueden ver, o escuchar por casualidad, conversaciones sobre su información médica.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

Tal y como se indicó con anterioridad, el HSSFP no puede y no utilizará ni divulgará su información médica sin su autorización por escrito y por ningún motivo, con la salvedad de los descritos en el presente Aviso. Por ejemplo, exigimos su autorización por escrito para la mayoría de los usos o divulgaciones de su información médica con fines de marketing, para la venta de información médica o con respecto a las notas de psicoterapia (si corresponde). Además, puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona u organización si completa un formulario de autorización.

Si nos proporciona una autorización por escrito, podrá revocarla o cancelarla en cualquier momento, salvo en la medida en que ya nos hayamos basado en ella. Al revocar la autorización, dejaremos de utilizar o divulgar sus datos sanitarios por los motivos que contempla su autorización escrita. Su revocación no afectará a los usos o divulgaciones que ya hayamos realizado antes de la fecha en que recibamos el aviso de la revocación. Para revocar una autorización escrita, escriba a HSS Florida Physicians, LLC, Attn. Oficial de privacidad, 300 Palm Lakes Boulevard West Palm Beach, FL 33401.

SUS DERECHOS DE ACCESO Y CONTROL DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Nos interesa que sepa que tiene los siguientes derechos de acceso y control de su información médica. Estos derechos son importantes, ya que le ayudarán a asegurarse de que la información médica que tenemos sobre usted es exacta. También podrán ayudarle a supervisar el modo en que utilizamos su información y la compartimos con otros, o el modo en que nos comunicamos con usted sobre sus asuntos médicos.

1. Derecho a inspeccionar y copiar registros

Tiene derecho a inspeccionar y recibir oportunamente una copia, incluso electrónica, de cualquiera de sus datos médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento, mientras esta información se conserve en nuestros registros. Aquí se incluyen los historiales médicos y de facturación.

Cómo hacer su solicitud : Si desea inspeccionar u obtener una copia de su información médica, presente su solicitud por escrito a HSS Florida, Physicians, LLC, Attn. Oficial de privacidad, 300 Palm Lakes Boulevard West Palm Beach, FL 33401. La solicitud para inspeccionar u obtener una copia de su información médica debe incluir: (1) la forma o el formato de acceso deseado; (2) una descripción de la información médica a la que se aplica la solicitud; y (3) la información de contacto adecuada.

Costos: Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copias, envío por correo u otros suministros que utilicemos para cumplir con su solicitud. La tarifa estándar es de \$0.75 por página, y por lo general, debe abonarse antes o en el momento en que le entregamos las copias.

Forma y formato: En el caso de que la información que solicite se almacene en formato electrónico, le brindaremos la información en la forma y el formato que solicite si la información se puede producir en ese formato o, de lo contrario, llegaremos a un acuerdo con usted en cuanto a un formato electrónico legible alternativo.

Tiempo de respuesta: Responderemos a su solicitud de inspección de registros en un plazo de 10 días. Por lo general, responderemos a las solicitudes de copias en un plazo de 30 días. Si necesitamos más tiempo para responder a una solicitud de copias, se lo notificaremos por escrito en el plazo anteriormente indicado para explicarle el motivo del retraso y la fecha en la que puede esperar una respuesta definitiva a su solicitud.

En caso de rechazo de su solicitud: En algunos casos muy limitados, podemos rechazar su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información. Si lo hacemos, podemos entregarle en su lugar un resumen de la información. También le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos las razones por las que solo le proporcionamos un resumen, así como una descripción completa de sus derechos a que se revise esa decisión y el modo en que puede ejercerlos. Dicho aviso también incluirá información sobre cómo presentar una queja sobre estas cuestiones ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tenemos motivos

para rechazar solo una parte de su solicitud, le proporcionaremos acceso completo a las partes restantes tras excluir la información que no le dejaremos inspeccionar o copiar.

2. Derecho a modificar los expedientes

Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información se conserve en nuestros expedientes.

Cómo presentar su solicitud: Si desea solicitar una modificación, escriba a HSS Florida Physicians, LLC, Attn. Oficial de privacidad, 300 Palm Lakes Boulevard West Palm Beach, FL 33401. Una solicitud para enmendar su información médica debe incluir una descripción de la enmienda solicitada y debe incluir las razones por las que usted piensa que debemos hacer la enmienda.

Tiempo de respuesta: Normalmente responderemos a su solicitud en un plazo de 60 días. Si necesitamos más tiempo para responder, se lo notificaremos por escrito en un plazo de 60 días para explicarle el motivo del retraso y la fecha en la que puede esperar una respuesta definitiva a su solicitud.

Si su solicitud es rechazada: Es posible que su solicitud de enmienda sea denegada si usted solicita una enmienda de información de salud que nosotros determinemos que: (1) no fue creada por HSSFP, a menos que la persona que creó la información de salud ya no esté disponible para hacer la enmienda; (2) no forma parte de los registros de HSSFP; (3) no es información médica que a usted se le permitiría inspeccionar o copiar; o (4) es exacta y completa.

Si rechazamos parte, o la totalidad, de su solicitud, le enviaremos un aviso por escrito que explique nuestras razones para hacerlo. Tendrá derecho a que se incluya en su expediente cierta información relacionada con la modificación solicitada. Por ejemplo, si no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá la oportunidad de presentar una declaración explicando su desacuerdo, que incluiremos en sus expedientes. También le daremos información sobre cómo presentar una queja ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos procedimientos se explicarán con más detalle en cualquier aviso de rechazo por escrito que le enviemos.

3. Derecho a recibir un informe sobre las divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" que identifique a otras personas u organizaciones a las que hayamos divulgado su información médica en los seis años anteriores, de conformidad con la legislación vigente y las protecciones establecidas en este Aviso. Este informe no describe las formas en que se ha compartido su información médica dentro del HSSFP, siempre que se hayan respetado todas las demás protecciones descritas en este Aviso (como la obtención de las autorizaciones necesarias antes de compartir su información médica con nuestros médicos con fines de investigación).

La relación de divulgaciones tampoco incluye información sobre las siguientes divulgaciones:

- Divulgaciones que le hayamos hecho a usted o a su representante personal;
- Divulgaciones que hayamos realizado en virtud de su autorización por escrito;
- Divulgaciones que hayamos realizado para tratamientos, pagos u operaciones de asistencia médica;
- Divulgaciones realizadas a partir del directorio de pacientes;

- Divulgaciones realizadas a sus amigos y familiares involucrados en su atención o en el pago de la misma;
- Divulgaciones accidentales a usos y divulgaciones permitidos de su información médica (por ejemplo, cuando otro paciente que estaba de paso escucha la información);
- Divulgaciones con fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones de atención médica de partes limitadas de su información médica que no le identifican a usted directamente;
- Divulgaciones hechas a funcionarios federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia; y
- Divulgaciones sobre reclusos a instituciones penitenciarias o a funcionarios encargados de aplicar la ley.

Cómo presentar su solicitud: Si desea solicitar una relación de las divulgaciones, escriba a HSS Florida Physicians, LLC, Attn. Oficial de privacidad, 300 Palm Lakes Boulevard West Palm Beach, FL 33401. Su solicitud debe indicar un período de tiempo en los últimos seis años para las divulgaciones que desea que incluyamos. Tiene derecho a recibir gratis un informe cada 12 meses. Sin embargo, podemos cobrarle por el costo de brindar cualquier informe adicional en ese mismo período de 12 meses. Siempre le avisaremos de cualquier gasto que ello suponga para que pueda elegir retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en ningún gasto. El alcance de su derecho a solicitar una rendición de cuentas puede modificarse de vez en cuando para cumplir con los cambios en la legislación federal o estatal.

Tiempo de respuesta: Por lo general, responderemos a su solicitud en un plazo de 60 días. En caso de que necesitemos más tiempo para preparar el informe que ha solicitado, le avisaremos por escrito del motivo del retraso y de la fecha en la que puede esperar recibir el informe. En raras ocasiones, es posible que tengamos que retrasar la entrega del informe sin notificárselo porque así nos lo haya solicitado un agente de la autoridad o una agencia gubernamental.

4. Derecho a solicitar protecciones adicionales de privacidad, incluida la restricción de divulgaciones a planes de salud

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos aún más la forma en que utilizamos y divulgamos su información médica para tratar su enfermedad, cobrar el pago de dicho tratamiento o llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. También puede solicitar que limitemos la forma en que revelamos información sobre usted a familiares o amigos que participen en su atención. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información sobre una intervención quirúrgica a la que se haya sometido. Además, usted tiene derecho a restringir ciertas divulgaciones de información médica protegida a un plan de salud en el que usted paga, u otra persona en su nombre paga, de su bolsillo en su totalidad por el artículo o servicio de atención médica.

Cómo presentar su solicitud: Si desea solicitar restricciones, escriba a HSS Florida Physicians, LLC, Attn. Oficial de privacidad, 300 Palm Lakes Boulevard West Palm Beach, FL 33401. Su solicitud debe incluir (1) la información que desea limitar; (2) si desea limitar la forma en que usamos la información, el modo en que la compartimos con terceros, o ambos; y (3) las personas a quienes desea que se apliquen los límites.

No siempre estamos obligados a manifestar nuestra aceptación: No siempre estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción, y en algunos casos la restricción que usted solicita puede que la ley no lo permita. No es necesario que estemos de acuerdo con la restricción a menos que (i) la divulgación se realice con el fin de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención médica y no se requiera de otro modo por ley, y (ii) la información médica se refiera únicamente a un artículo o servicio de atención médica que usted o alguien en su nombre haya pagado de su bolsillo y en su

totalidad. *En cualquier caso, si manifestamos nuestro acuerdo, estaremos obligados a cumplirla a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de urgencia o para cumplir la ley.* Una vez que hayamos acordado una restricción, usted tiene derecho a revocarla en cualquier momento. En algunas circunstancias, también tendremos derecho a revocar la restricción siempre que se lo notifiquemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de poder revocar la restricción.

5. Derecho a solicitar información confidencial

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos médicos de una manera más confidencial, para lo cual puede solicitar que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares diferentes. Por ejemplo, puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted en su domicilio en vez de en el trabajo.

Cómo presentar su solicitud: Si desea solicitar comunicaciones más confidenciales, escriba a HSS Florida Physicians, LLC, Attn. Oficial de privacidad, 300 Palm Lakes Boulevard West Palm Beach, FL 33401. *No le preguntaremos la razón de su solicitud, y trataremos de atender todas las solicitudes razonables.* Por favor, especifique en su solicitud el método o lugar en el que desea que nos pongamos en contacto con usted, y el modo en que se gestionará el pago de su asistencia médica si nos comunicamos con usted a través de este método o lugar alternativo.

6. Derecho a recibir un aviso de violación de la información médica no protegida

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica, que le proporcionemos el presente Aviso que contiene nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica, y que nos atengamos a los términos de este Aviso. La política de HSSFP es mantener a salvo su información médica para protegerla de aquellos que no deberían tener acceso a ella. Ahora bien, si por alguna razón experimentamos una violación de su información médica no protegida, se lo haremos saber.

VARIOS

1. Cómo puede actuar alguien en su nombre

Tiene derecho a nombrar a un representante legal que pueda intervenir en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Por regla general, los padres y tutores tendrán derecho a controlar la privacidad de la información médica de los menores, a menos que la ley les permita actuar en su propio nombre.

2. Cómo informarse sobre las protecciones especiales para el VIH, el alcoholismo y el abuso de sustancias, la salud mental y la información genética

Se aplican protecciones especiales de privacidad a la información relativa al VIH, a la información sobre el tratamiento del abuso de alcohol y sustancias, a la información sobre salud mental y a la información genética. Es posible que algunas partes de este Aviso no se apliquen a estos tipos de información. Si su tratamiento incluye esta información, es posible que se le entreguen formularios de autorización especiales relacionados con la divulgación de dicha información por parte de HSSFP. Si desea solicitar copias de estos formularios, póngase en contacto con HSSFP llamando al [561.657.4600](tel:561.657.4600).

3. Cómo obtener una copia de este aviso

Tiene derecho a obtener una copia en papel del presente Aviso. Puede solicitar una copia en papel en cualquier momento, aunque haya aceptado recibir este Aviso por vía electrónica con anterioridad

Para hacerlo, por favor comuníquese con HSSFP llamando al 561.657.4600. También puede obtener una copia de este aviso desde nuestro sitio web <https://www.hss.edu/hss-florida.asp> o solicitando una copia en su próxima visita.

4. Cómo obtener una copia del aviso revisado

De vez en cuando podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, revisaremos el presente Aviso para que usted disponga de un resumen preciso de nuestras prácticas, y el Aviso revisado se aplicará a toda su información médica. Publicaremos cualquier Aviso actualizado en nuestras áreas de admisión y en otros sitios de HSSFP. También podrá obtener su propia copia del aviso revisado ingresando a nuestro sitio web en <https://www.hss.edu/hss-florida.asp>, llamando a HSSFP al 561.657.4600 o solicitándola en su próxima visita. La fecha de entrada en vigor del Aviso se indicará siempre en la portada y en la esquina superior exterior de cada página. Nuestro deber es respetar los términos del Aviso actualmente en vigor.

5. Cómo presentar una queja

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Si tiene alguna queja, comuníquese con el oficial de Privacidad de HSSFP en 300 Palm Lakes Boulevard West Palm Beach, FL 33401 o envíe una carta a HSS Florida Physicians, LLC, Attn. Oficial de privacidad, 300 Palm Lakes Boulevard West Palm Beach, FL 33401. *Nadie tomará represalias ni tomará medidas en su contra por presentar una queja.*

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

En HSS Florida Physicians, LLC, hemos valorado desde siempre la privacidad de nuestros pacientes. No solo es lo que esperan nuestros pacientes, sino que es la forma correcta de brindar atención médica. Según lo exige la ley, protegeremos la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad y le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad que describe las prácticas de privacidad de la información médica de HSSFP, su personal médico y los proveedores afiliados de atención médica al prestar servicios de atención médica para HSSFP. Nuestro aviso se publicará de manera destacada en HSSFP. También podrá obtener su propia copia de nuestro aviso si accede al sitio web en <https://www.hss.edu/hss-florida.asp> llamando a HSSFP al 561.657.4600 o solicitándola en su próxima visita.

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia de este Aviso y que, por lo tanto, se me ha notificado la forma en que HSSFP puede utilizar y divulgar mi información médica, así como la forma en que puedo obtener acceso a esta información y controlarla. También reconozco y entiendo que se aplican protecciones especiales de la privacidad de la información relacionada con el VIH, la información sobre el tratamiento del abuso de alcohol y sustancias, la información sobre salud mental y la información genética.

Copia del paciente

Firma del paciente o de su representante personal

Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente o de su representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal

Fecha

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea obtener más información, por favor, comuníquese con el oficial de Privacidad del HSSFP al 561.657.4600.

Solo para uso del personal del consultorio: En caso de que el paciente no firme este formulario de reconocimiento, registre aquí los esfuerzos de buena fe realizados para obtener este reconocimiento.

Esta página es su copia del reconocimiento que se le pidió que firmara cuando se le entregó por primera vez este aviso.