

# Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.



116 S. George Street  
York PA 17401  
717-845-8617  
www.familyfirsthealth.org

Este **AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD** describe cómo la información médica sobre usted que puede ser utilizada y divulgada y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Favor de revisar detenidamente.**

## Sus Derechos:

<p><b>Cuando se trata de información de salud, usted tiene ciertos derechos.</b> Esta sección explica sus derechos y alguna de sus responsabilidades para ayudarle.</p>	
<p><b>Obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información médica que tengamos. Pregúntenos como hacer esto.</li> <li>• Nosotros le proveeremos copia o resumen de su información médica, usualmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en un costo.</li> </ul>
<p><b>Pedirnos hacer correcciones en su registro médico.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede pedir que corriamos su información médica que usted piense que esté incorrecta o incompleta. Pregúntenos como hacerlo.</li> <li>• Podemos decir “no” a su pedido, pero le diremos que la razón por escrito dentro de los 60 días.</li> </ul>
<p><b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede pedirnos ponernos en contacto con usted de una manera específica (por el ejemplo, el teléfono de su hogar u oficina) o enviar correspondencia a una dirección diferente.</li> <li>• Vamos a decir “si” a todos los pedidos razonables.</li> </ul>
<p><b>Pedirnos limitar que utilizamos o compartimos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que no utilizemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago u operaciones.</li> <li>• No estamos obligados a aceptar su solicitud y se podemos decir “no” si puede afectar su cuidado.</li> <li>• Si usted paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o las operaciones con su aseguradora de salud.</li> <li>• Nosotros diremos que “si” a me menos que la ley nos requiera compartir esa información.</li> </ul>
<p><b>Obtener una lista de aquellos que hemos compartido información</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que nosotros hemos compartido su información médica por 6 años anteriores a la fecha que usted solicita, qué compartimos y por qué.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones excepto todas aquellas que sean sobre tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, y otras ciertas divulgaciones (tales como cualquiera que usted nos haga). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si usted pide otro</li> </ul>

	plazo de 12 meses.
<b>Obtener una copia de Notificación de Privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación electrónicamente. Nosotros le proporcionaremos con una copia en papel con prontitud.</li> </ul>
<b>Seleccionar a alguien que le represente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.</li> <li>• Nos aseguraremos de que la persona que tiene esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar alguna acción.</li> </ul>
<b>Presentar una queja si considera que sus derechos son violados.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos dirigiéndose a nosotros usando la información en la página 1.</li> <li>• Usted puede presentar una queja con la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles EE.UU. mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/complaints/</a></li> <li>• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.</li> </ul>

## Sus Opciones:

<b>Para cierta información, usted puede decirnos sus opciones sobre que compartimos.</b> Si usted tiene una clara preferencia en como compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos que prefiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones	
<b>En estos casos, usted tiene el derecho y opción para decirnos que:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.</li> <li>• Compartir información en una situación de estado de emergencia</li> <li>• Incluya su información en un directorio de hospital</li> <li>• Contactarle para esfuerzos para recaudar fondos</li> </ul> <p><i>Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad.</i></p>
<b>En casos que no compartimos información a menos que usted nos autorice por escrito:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propósito de Promociones</li> <li>• Vender su información</li> <li>• Compartir notas de psicoterapia</li> </ul>
<b>En casos de recaudación de fondos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le contactaremos por esfuerzos de recaudación de fondos, pero usted nos puede decir que no le contactemos de nuevo.</li> </ul>
<b>Si usted está pagando por estos servicios:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede pedirnos que la organización no divulgue información médica protegida relacionada con ese servicio, siempre que la divulgación no sea requerida por ley.</li> </ul>

# Nuestros usos y divulgaciones:

¿Cómo utilizamos típicamente o compartimos su información médica? Nosotros, típicamente utilizamos o compartimos información de la siguiente manera.		
<b>Tratarlo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén atendiendo.</li> </ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Un médico que lo atiende por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.</i>
<b>Ejecutar nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar su información médica y compartirla para correr nuestra práctica, mejorar su cuidado y contactarle si es necesario.</li> </ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Utilizamos la información médica para manejar su tratamiento y servicios.</i>
<b>Facturar por sus servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar su información médica y compartirla para facturar y obtener pagos de su seguro médico y otras entidades.</li> </ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Damos información médica a su seguro médico para que paguen por sus servicios.</i>

**¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud?** Se nos permite o se nos requiere compartir su información por otros medios-generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con las condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

Para más información acceda a la página: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<b>Ayuda con problemas de salud y seguridad pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones tales como:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prevenir enfermedades</li> <li>✓ Ayudar con retiros o recogidos de productos</li> <li>✓ Reportar reacciones adversas de medicamentos</li> <li>✓ Reportar sospecha de abuso, negligencia, o violencia domestica</li> <li>✓ Prevenir o reducir una amenaza grave o seguridad de una persona</li> </ul> </li> </ul>
<b>Hacer investigaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar o compartir su información para investigación médica</li> <li>La divulgación de información genética para fines de suscripción están prohibidas</li> </ul>
<b>Cumplir con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compartiremos información sobre usted si el estado o las leyes federales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quisieran ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.</li> </ul>
<b>Responder a pedidos de donaciones de órganos y tejidos.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información médica con organizaciones de procuradores u obtención de órganos.</li> </ul>
<b>Trabajar con el examinador médico y director de la funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o con el director de la funeraria cuando un individuo muere.</li> </ul>
<b>Trabajar con compensación de trabajadores, cumplimiento de ley y otros pedidos de gobierno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Para reclamaciones de Compensación de Trabajadores</li> <li>✓ Para propósitos de enforzar la ley o con un oficial de la ley</li> <li>✓ Con las agencias de supervisión de salud para</li> </ul> </li> </ul>

	actividades autorizadas por la ley ✓ Para funciones especiales del gobierno tales como militares , de seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales
<b>Responder a demandas y acciones legales</b>	• Podemos compartir su información médica en respuesta a la corte o una orden administrativa o para responder una citación.

## Nuestras Responsabilidades:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica.
- Le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- Usos y divulgaciones que no se describen en este aviso solo se realizarán con su previa autorización.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y darle copia del mismo.
- No utilizaremos o compartiremos información que no esté descrita en este documento a menos que usted nos autorice por escrito. Si usted nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Dejemos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información favor referirse a: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### Cambios en los términos de esta Notificación.

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

### Esta notificación de Privacidad aplica a todos los sitios y servicios de Family First Health:

- George Street Center: 116 S. George Street - York, PA 17401 - (717) 845-8617**
  - Includes Medical, Dental, Social Services and Nurse Family Partnership
- Gettysburg Center: 1275 York Road - Gettysburg, PA 17325 - (717) 337-9400**
  - Includes Medical & Dental Services
- Hanover Center: 1230 High Street - Hanover, PA 17331 - (717) 632-9052**
  - Includes Medical & Dental Services
- Hannah Penn Center: 415 E. Boundary Avenue - York, PA 17403 - (717) 843-5174**
- Lewisberry Center: 308 Market Street - Lewisberry, PA 17339 - (717) 938-6695**
- Columbia Center: 269 Locust Street – Columbia, PA 17512 – (717) 342-2577**

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que se me ha proporcionado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Family First Health.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Personal en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha