

**PHILADELPHIA COLLEGE OF OSTEOPATHIC MEDICINE**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

**PROPÓSITO DE ESTE AVISO:**

**Philadelphia College of Osteopathic Medicine (PCOM)** se compromete a preservar la privacidad y confidencialidad de su información médica. La ley nos exige que expliquemos cómo podemos usar su información médica y cuándo podemos darla a otros. Usted también tiene derechos con respecto a su información de salud, como se describe en este Aviso. "La "Información de salud protegida" o "PHI" incluye cualquier información que se relacione con su salud o condición física o mental, la provisión de atención médica a usted o el pago por dicha atención médica. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso actualmente en vigor. También nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad.

**CÓMO USAMOS O DIVULGAMOS LA INFORMACIÓN DE SALUD:**

1. Debemos usar y revelar su PHI para proporcionar información:
  - a. A usted o a alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal).
  - b. Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurarse de que su privacidad esté protegida.
  - c. Cuando así lo requiera la ley.
2. Tenemos el derecho de usar y revelar su PHI para tratarle, pagar por su cuidado de salud y operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos usar su PHI:
  - a. Para tratamiento - Podemos revelar PHI a otros proveedores de atención médica, como su médico de familia, para ayudarles a proporcionarle atención médica. También podemos usar su PHI para planear su cuidado y tratamiento.
  - b. Para pago - Podemos usar su PHI para facturar y recibir pago de usted, su aseguradora o un programa gubernamental por los servicios que le proporcionamos.
  - c. Para operaciones de atención médica - Podemos usar su PHI para evaluar y mejorar los servicios que proporcionamos.
3. Podemos usar o revelar su PHI para los siguientes propósitos, en circunstancias limitadas:
  - a. A los miembros de la familia y amigos - Podemos revelar su PHI a los miembros de la familia y a las personas que se identifican como amigos personales cercanos, que están involucrados en su cuidado o que ayudan a pagar por su cuidado, siempre y cuando usted no se oponga.
  - b. En una divulgación incidental - Podemos divulgar su PHI como un subproducto de otro uso o divulgación. Por ejemplo, si un empleado de PCOM está hablando con usted, otro empleado puede inadvertidamente escuchar la conversación.
  - c. Para cumplir con la ley.
  - d. Para actividades de salud pública - tales como reportar brotes de enfermedades y otros reportes de salud pública.
  - e. Para reportar a las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades gubernamentales, incluyendo una agencia de servicios sociales o de protección.
  - f. Para las actividades de supervisión de la salud, tales como auditorías por parte de organismos gubernamentales que supervisan los servicios prestados por PCOM.
  - g. Para procedimientos judiciales o administrativos, tales como en respuesta a una orden judicial, orden de registro o citación.
  - h. Para propósitos de aplicación de la ley, tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida.
  - i. Para fines de investigación, como la investigación relacionada con la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio cumple con todos los requisitos de la ley de privacidad.
  - j. Para proporcionar información sobre difuntos - Podemos divulgar información a un médico forense, examinador médico o director de funeraria según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
  - k. Para fines de obtención de órganos - Podremos usar o divulgar información para la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
  - l. Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad, por ejemplo, revelando su PHI a un oficial de policía si creemos razonablemente que es necesario para prevenir una amenaza seria a su seguridad.
  - m. Para funciones gubernamentales especializadas - tales como actividades militares y de veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia.
  - n. Para compensación al trabajador, incluyendo las divulgaciones requeridas por las leyes estatales de compensación al trabajador de lesiones relacionadas con el trabajo.
  - o. A agencias de ayuda en casos de desastre - Podemos revelar su PHI a agencias de ayuda en casos de desastre, tales como la Cruz Roja.

- p. **Intercambio de información de salud.** Un intercambio de información de salud ("HIE") es una red que permite a los participantes de HIE compartir la PHI de los pacientes para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud y otros fines legales en la medida permitida por la ley ("Propósitos permitidos"). Las HIE nos permiten compartir electrónicamente la PHI de los pacientes para coordinar su atención, obtener información de facturación y participar en la mejora de la calidad, entre otras cosas. Los participantes en las HIE pueden ser proveedores de atención médica, sus compañías de facturación, aseguradoras, planes de salud y organizaciones de atención médica responsable ("Participantes"). Tenga en cuenta que los documentos a los que se accede a través de la HIE pueden contener información delicada (como información relacionada con la salud mental, el tratamiento de drogas y alcohol, el estado serológico respecto al VIH y las enfermedades de transmisión sexual).

PCOM participa en varios HIE de vez en cuando únicamente para los fines permitidos, incluyendo el Health Share Exchange of Southeastern Pennsylvania ("HSX"). Se puede encontrar más información sobre HSX en su sitio web en [hsxsepa.org](http://hsxsepa.org).

Optar por no participar en los HIE. Puede optar por no participar en todos los HIE en los que participa PCOM poniéndose en contacto con la Oficina de cumplimiento de PCOM o directamente con el sitio web de HSX y completando el formulario HSX Opt Out en [healthshareexchange.org/patient-options-opt-out-back](http://healthshareexchange.org/patient-options-opt-out-back).

#### **USOS Y DIVULGACIONES DE ACUERDO CON SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO:**

La ley solo nos permite usar y divulgar su PHI para los fines descritos en la Sección B anterior. Si quisiéramos hacer un uso o revelación para cualquier otro propósito -- incluyendo el uso o revelación de notas de psicoterapia, uso o revelación de PHI para propósitos de mercadeo o hacer ciertas revelaciones que constituyen la "venta de PHI" -- le pediremos que firme una autorización. Si usted ha proporcionado una autorización, puede revocarla en cualquier momento por escrito, pero la revocación no se aplicará a los usos o divulgaciones que ya hayamos hecho en base a esa autorización.

#### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI. Usted puede ejercer cada uno de estos derechos, por escrito, proporcionándonos un formulario completo que puede obtener de cualquier empleado de PCOM. Sin embargo, se le permite solicitar acceso a sus registros clínicos ya sea oralmente o por escrito. En algunos casos, podemos cobrarle por los costos asociados con el suministro de la información solicitada.

1. **Derecho a inspeccionar y copiar:** Usted tiene el derecho de ver y obtener una copia de sus registros de salud y otra PHI mantenida por PCOM que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre usted. El acceso inmediato a sus registros no está garantizado. En ciertas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud y usted tiene derecho a revisar dicha denegación. Si su PHI se mantiene en formato electrónico (por ejemplo, en un registro médico electrónico), usted tiene derecho a solicitar que se le entregue una copia electrónica de su registro o que se transmita a otra persona o entidad.
2. **Derecho a enmendar:** Usted tiene el derecho de pedir que se enmiende la PHI que mantenemos sobre usted si cree que la información sobre usted es incorrecta o incompleta. Podemos denegar su solicitud si no fue presentada correctamente o por otras razones. Si denegamos su solicitud, es posible que se agregue a su expediente una declaración de desacuerdo.
3. **Derecho a un informe de divulgaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su PHI realizadas por nosotros. Podemos cobrarle una tarifa razonable por la segunda solicitud hecha por usted dentro de los mismos 12 meses. Esta contabilidad no incluirá ciertas divulgaciones de la PHI incluyendo aquellas que le hicimos a usted o para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, divulgaciones incidentales o de conformidad con una autorización escrita que usted haya firmado (a menos que tales divulgaciones se hayan hecho a través de un registro médico electrónico, en cuyo caso usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de esas divulgaciones hechas durante los 3 años anteriores a su solicitud).
4. **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre cómo usamos o revelamos su PHI. También tiene derecho a restringir las divulgaciones a familiares u otras personas que estén involucradas en su atención médica o en el pago de su atención. Tenga en cuenta que aunque consideraremos su solicitud, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción.
5. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su atención médica de ciertas maneras o en ciertos lugares (por ejemplo, enviando información a un apartado postal en lugar de a su casa). Nosotros acomodaremos todas las solicitudes razonables.
6. **Pagos de su propio bolsillo.** Si usted paga de su bolsillo por completo por un artículo o servicio, tiene el derecho de pedir que su PHI con respecto a ese artículo o servicio no sea divulgada a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y cumpliremos con esa solicitud.
7. **Derecho a recibir una notificación de violación de la seguridad.** Estamos obligados a notificarle por correo de primera clase o por correo electrónico (si usted ha indicado una preferencia para recibir notificación por correo electrónico) de cualquier violación de su PHI no garantizada tan pronto como sea razonablemente posible, pero en cualquier caso dentro de los 60 días de descubrir la violación.
8. **Derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso.

**PREGUNTAS O QUEJAS:**

Si tiene alguna pregunta con respecto a este Aviso o desea recibir información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestra Directora de cumplimiento en

Margaret McKeon, BSN, JD  
Chief Compliance Officer  
Philadelphia College of Osteopathic Medicine  
4190 City Avenue  
Philadelphia, PA 19131  
Teléfono: (215) 871-6826

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante PCOM o ante el Secretario del DHHS (1-800-368-1019). Para presentar una queja ante PCOM, comuníquese con nuestro Funcionario de privacidad al número que aparece arriba. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito.

ATENCIÓN: si habla otro idioma que no sea el inglés, los servicios de asistencia con el idioma, sin cargo, están disponibles para usted. Llame al Philadelphia College of Osteopathic Medicine al (678) 225-7500 y pregunte por la oficina de su proveedor.

*Spanish* ¿Habla español? Le proporcionaremos un intérprete sin costo alguno para usted.  
**Español**

*Russian* Вы говорите по-русски? Мы абсолютно бесплатно предоставим вам переводчика.  
**Русский**

*Mandarin* 您讲国语吗? 我们将免费为您提供翻译。  
**中文**

*Vietnamese* Quý vị nói được tiếng Việt không? Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí cho quý vị.  
**Tiếng Việt**

*Arabic* هل تتحدث اللغة العربية؟ سوف نوفر لك مترجماً فورياً بدون أي تكلفة عليك.  
**اللغة العربية**

*Korean* 한국어를 사용하십니까? 무료로 통역 서비스를 제공해 드리겠습니다.  
**한국어**

*French* Parlez-vous français ? Nous vous fournirons gratuitement un interprète.  
**Français**

*Haitian Creole* Èske ou pale Kreyòl Ayisyen? N ap ba ou yon entèprèt gratis.  
**Kreyòl Ayisyen**

*Portuguese* Fala português? Vamos facultar-lhe um intérprete, sem custos para si.  
**Português**

*Gujarati* તમે ગુજરાતી બોલો છો? અમે ઈન્ટરપ્રીટર દુભાષિયો પૂરો પાડીશું, જેનો ખર્ચ તમારે ઉપાડવાનો રહેશે નહીં.  
**ગુજરાતી**

*German* Sprechen Sie Deutsch? Wir stellen Ihnen unentgeltlich einen Dolmetscher zur Verfügung.  
**Deutsch**

*Amharic* አማርኛ ይናገሩሉ? እርስዎ በግልጽ ምንም ወጪ ሳያወጡ አስተርጓሚ እናቀርባለን።  
**አማርኛ**

*Hindi* क्या आप हिन्दी बोलते हैं? हम आपके लिए बिना किसी निजी लागत के एक दुभाषिया को उपलब्ध कराएँगे।  
**हिन्दी**

*Persian* فارسی صحبت می کنید؟ یک مترجم شفاهی رایگان در اختیار شما قرار خواهیم داد.  
**فارسی**

*Japanese* 日本語を話しますか? 個人的な負担なしで通訳を提供致します。  
**日本語**

*American Sign Language (ASL)*

