

El derecho a revocar un Consentimiento o Autorización. Usted puede revocar un Consentimiento o Autorización por escrito para usar o diseminar su información de salud protegida. La revocación no afectará cualquier uso previo de diseminación de su información.

El derecho a revisar y copiar su archivo. Usted tiene el derecho de ver el archivo para tomar decisiones sobre usted. Nosotros permitiremos que usted revise su archivo a menos que un profesional clínico determine que dicha revisión crearía un riesgo substancial o daño físico a usted u otra persona. Si alguna otra persona le ha dado información sobre usted a nuestro personal clínico para mantenerlo confidencialmente, esa información podría ser borrada de su archivo antes de este ser compartido con usted. También borraremos cualquier información de salud protegida sobre otras personas.

Si necesita una copia de su archivo medico puede completar una solicitud a nuestro departamento de archivos médicos o lo puede hacer a través del personal en su oficina médica, se le cobrará un cargo mínimo por este servicio.

El derecho de "enmendar" el archivo. Si usted cree que su archivo contiene errores, usted puede pedirnos, por escrito, que lo enmendemos. Si hay un error, una nota será entrada en el archivo para corregir el error.

El derecho a una contabilidad. Usted tiene el derecho a una contabilidad de algunas declaraciones de su información de salud protegida a terceras personas. Esto no incluye declaraciones que usted ha autorizado o declaraciones que ocurrieron en el contexto del tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Si las autoridades de hacer cumplir las leyes están conduciendo una investigación criminal, nosotros suspenderemos la contabilidad de declaraciones hechas a ellos. Peticiones podrán ser hechas al Departamento de archivos médicos.

### **Como Ejercer Sus Derechos**

Preguntas sobre pólizas y procedimientos, pedidos para ejercer derechos individuales, y quejas deberán ser dirigidas a nuestro Oficial de Privacidad.

Nuestro Oficial de Privacidad puede ser localizado en el teléfono (305) 398-6200.

Representantes personales. Un "representante

personal" del paciente puede actuar en su favor en el ejercicio de los derechos de privacidad. Esto incluye los padres o el guardián legal de un menor. En algunos casos, adolescentes que son "menores maduros" pueden tomar sus propias decisiones sobre el recibir tratamiento y la diseminación de la información de salud protegida sobre ellos. Si un adulto está incapacitado para actuar en su favor, el representante actuaría en su favor, o el conyugue u otro miembro de la familia inmediata. Un individuo puede adjudicar a otra persona el derecho a actuar como su representante mediante una directiva adelantada o un testamento en vida.

### **Quejas**

Si usted tiene alguna queja o preocupación sobre nuestra póliza o práctica de privacidad, por favor dirija su queja a nuestro Oficial de Privacidad. Su reclamo debe ser enviado por escrito usando nuestra forma de quejas a la dirección del departamento de calidad de gestión (Quality Management Department). Copias de esta forma están disponibles en el área de la recepción en todas nuestras oficinas. Envíe sus quejas a:

Quality Management Department  
6100 Blue Lagoon Blvd.  
Suite 400  
Miami, FL 33126

Usted puede también someter su queja al Departamento de Salud y Recursos Humanos a la siguiente dirección:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
OCR Hotlines-Voces: 1 800-368-1019

Nosotros no tomaremos represalias en su contra por su queja.

Para reportar abuso, negligencia o explotación;  
llame a la línea de abuso: Florida Abuse Registry at  
1-800-96-ABUSE

Advocacy Center for Persons with Disabilities  
1 800 342-0823

Human Rights Advocacy  
1 800 342- 0825  
Broward DCF 954 762-3700



Banyan Health Systems

Efectivo 3/31/2017

## **AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Este aviso describe como su información médica podría ser usada y diseminada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor lea esto cuidadosamente.

Banyan Health Systems adopto las siguientes pólizas y procedimientos para la protección de la privacidad de las personas a quienes servimos.

### **Nuestra Obligación a Usted**

Nosotros en Banyan Health Systems respetamos su privacidad. Esto es parte de nuestro código moral. Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad de la "información de salud protegida" sobre usted, notificarle de sus obligaciones legales y sus derechos legales y cumplir con la póliza de privacidad que se describe en este aviso. "información de salud protegida" significa cualquier información que nosotros creamos o recibimos que lo identifica y se relaciona con su salud o pago por los servicios que le ofrecemos.

### **Uso y Disseminación de Información sobre Usted**

#### **Uso y disseminación por tratamiento, pago y operaciones relacionadas con el cuidado de su salud.**

Nosotros usaremos su "información de salud protegida" y la revelaremos a otros cuando sea necesario para proveer su tratamiento. Estos son algunos ejemplos:

- ◆ Algunos miembros de nuestro personal pueden ver su archivo clínico durante el transcurso de su tratamiento. Estos incluyen asistentes médicos, enfermeros, doctores, cuidadores de su caso y otros terapeutas.
- ◆ Puede ser necesario enviar muestras de su sangre al laboratorio para análisis con el fin de evaluar su condición médica.
- ◆ Podríamos proveer información a su plan de salud otro proveedor de tratamiento para poder conseguir un referido o una consulta médica.
- ◆ Nosotros lo llamaremos para recordarle de sus entrevistas.
- ◆ Nosotros podríamos llamarle para informarle sobre los servicios de tratamiento que ofrecemos que podrían beneficiarle.

Nosotros usaremos o divulgaremos su información de salud protegida cuando sea necesario para acordar los pagos por servicios ofrecidos a usted. Por ejemplo, información sobre el diagnóstico y el servicio que le rendimos están incluidos en la cuenta que nosotros sometemos a su plan de seguro de salud. Su plan de salud puede pedir información sobre su salud con el fin de confirmar que el servicio prestado está cubierto por su programa de beneficios es médicamente necesario. El proveedor del cuidado de la salud que le rinde a usted servicio, como un laboratorio clínico, puede necesitar información s o b r e usted con el fin

de arreglar el pago por su servicio.

También pudiera ser necesario el usar o divulgar la información de salud protegida para nuestras operaciones del cuidado de la salud o aquellas de otras organizaciones que tienen una relación con usted. Por ejemplo, nuestro personal que regula la calidad de servicios revisa los archivos para estar seguros que estamos rindiendo tratamiento apropiado de alta calidad. Su plan de salud podría revisar sus archivos para estar seguros de que nosotros estamos en conformidad con las normas nacionales de calidad de cuidado.

### **Nuestra Póliza:**

Es nuestra póliza el obtener un permiso general por escrito de usted para usar y divulgar su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Se le pedirá que firme una forma de Consentimiento para permitir todos esos usos o divulgaciones de su información.

Es nuestra póliza el obtener un permiso firmado por usted para cada divulgación de su información de salud protegida a terceras personas excluyendo aquellas con el propósito de pago. Se le pedirá que firme una forma de Autorización para divulgar a cada persona u organización que reciba la información.

Emergencias. Si hay una emergencia, nosotros divulgaremos su información de salud protegida cuando sea necesario para ayudar a las personas que cuidan de usted.

Divulgación a sus familiares y amigos. Si es usted un adulto, usted tiene derecho a controlar la divulgación de la información sobre usted a cualquier otra persona, incluyendo familiares o amigos. Si usted nos pide que mantengamos su información confidencial, nosotros respetaremos sus deseos. Pero si usted no tiene objeción, nosotros compartiremos, cuando sea necesario, la información con aquellos familiares o amigos que están involucrados en su cuidado con el fin de posibilitarles la ayuda.

### **Divulgación a agencias de vigilancia de la salud.**

Estamos legalmente obligados a divulgar información de su salud protegida a ciertas agencias gubernamentales, incluyendo el Departamento de Niños y Familias del estado de la Florida.

### **Divulgación a agencias de protección de niños.**

Divulgaremos la información de salud protegida como sea necesario para cumplir con las leyes del estado que requieren reportes de incidentes sospechosos de abuso o negligencia de niños.

Otras divulgaciones sin permiso por escrito. Hay otras circunstancias en las cuales estamos requeridos por ley a divulgar, sin su permiso, información de salud protegida. Estas incluyen divulgaciones hechas:

- ◆ Por orden de la corte;
- ◆ A autoridades de salud pública;
- ◆ A oficiales que ejecutan la ley, en algunas circunstancias;
- ◆ A instituciones correccionales con relación a un presidiario;
- ◆ A oficiales federales para actividades relacionadas con milicia o inteligencia;
- ◆ A jueces, examinadores médicos y directores de funerarias;
- ◆ A investigadores involucrados en la aprobación de proyectos de investigación; y
- ◆ Por otra parte requerida por la ley.

Otras divulgaciones. Seguiremos las provisiones del 42 CFR Parte 2 que gobierna la divulgación de información de salud protegida. Excepto en las circunstancias arriba descritas, nosotros no divulgaremos información de salud protegida a una tercera persona sin un permiso suyo por escrito. Si recibiéramos una petición.

### **Sus derechos legales**

#### **El derecho a pedir comunicaciones confidenciales.**

Usted puede pedir que las comunicaciones con usted, tales como llamadas para recordarle las citas, cuentas o explicaciones de los beneficios de salud sean hecha de una manera confidencial. Nosotros consentiremos a dicha manera confidencial. Consentiremos a dicha solicitud siempre y cuando usted nos provea un medio para procesar el pago de las transacciones.

#### **El derecho a solicitar restricciones en el uso y disseminación de su información.**

Usted tiene el derecho de pedir restricciones en el uso de su información de salud protegida debido a intenciones particulares o nuestra divulgación de esa información a terceras personas. Nosotros no estaremos obligados a aceptar la restricción requerida, pero consideramos su petición.