



Aviso de Prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo puede acceder a esta. Léalo con detenimiento.

Fairfax Medical Facilities, Inc. crea un expediente de la atención y los servicios que usted recibe. Su expediente médico y la información de facturación se crean y conservan sistemáticamente en diversos medios, como computadoras, papel y películas. Esta información es accesible para el personal de la clínica y los miembros del personal médico. Se han implementado las medidas de seguridad adecuadas para evitar el uso o acceso indebido. La ley nos exige proteger su privacidad y la confidencialidad de su información médica protegida y registros personales. Este aviso describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica personal (**PHI**). Los proveedores cubiertos por este aviso incluyen esta clínica y todas las personas que prestan servicios en la clínica en calidad médica o administrativa.

Fairfax Medical Facilities, Inc. puede usar y revelar su **PHI** sin su autorización para lo siguiente:

1. **Tratamiento:** Podemos usar su **PHI** para darle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar su **PHI** a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal clínico que participe en su atención en la clínica. Por ejemplo, un médico que lo trate por una fractura de pierna podría necesitar saber si tiene diabetes, ya que la diabetes retrasa el proceso de curación.
2. **Pago:** Podemos usar su **PHI** para facturarle y cobrarle a usted, a las compañías de seguros o a terceros el tratamiento y los servicios que reciba en la clínica. Por ejemplo, podríamos necesitar dar a su plan médico información sobre las pruebas de laboratorio hechas en la clínica para que su plan médico nos pague por estos servicios.
3. **Operaciones de atención médica:** Podemos usar y revelar su **PHI** para las operaciones de la clínica. Estos usos y revelaciones son necesarios para el funcionamiento de la clínica y para garantizar que nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su **PHI** sobre su presión alta para revisar nuestro tratamiento y servicios, evaluar el desempeño de nuestro personal que lo atiende y capacitar a profesionales de atención médica.
4. **Intercambio de información médica/Organización regional de información médica:** En un intercambio de información médica (HIE), una organización en la que los proveedores intercambian información de los pacientes para facilitar la atención médica y las operaciones de atención médica, evitar la duplicación de servicios (como pruebas) y reducir la probabilidad de errores médicos. Participando en un HIE, FMFI podría compartir su información médica con otros proveedores que participan en el HIE o con participantes de otros HIE. Si no quiere que su información médica se incluya en el HIE, puede optar por no participar completando el formulario de "Exclusión voluntaria", disponible en la recepción.
5. **Socios comerciales:** Podemos revelar su **PHI** a socios comerciales independientes de la clínica a los que contratamos para que presten servicios en nuestro nombre. Sin embargo, solo haremos estas revelaciones si hemos recibido garantías satisfactorias de que el socio comercial protegerá adecuadamente su privacidad y la confidencialidad de su **PHI**. Por ejemplo, podríamos contratar a una compañía externa para que preste servicios de cobro de cantidades vencidas.
6. **Beneficios y servicios relacionados con la salud:** Siempre que no recibamos ningún pago por hacer estas comunicaciones, podemos usar y revelar su información médica para informarle sobre productos, beneficios o servicios relacionados con la salud relacionados con su tratamiento, administración de casos, coordinación de atención o para dirigir o recomendar posibles opciones de tratamiento, terapias, alternativas o entornos de atención que puedan ser de su interés.

7. **Marketing:** Debemos obtener su autorización para cualquier uso o revelación de información médica con fines de marketing. Las siguientes actividades no se consideran marketing y podemos hacerlas sin autorización: (i) una comunicación en persona hecha por FMFI a un paciente; (ii) un obsequio promocional de valor nominal; (iii) recordatorios de resurtido, siempre que el pago recibido se limite al costo de la comunicación; (iv) administración de casos; (v) coordinación de la atención; (vi) comunicaciones que simplemente promuevan la salud en general; y (vii) comunicaciones dirigidas a usted sobre productos, beneficios o servicios relacionados con la salud relacionados con su tratamiento o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención.
8. **Registro de la clínica:** Podemos revelar cierta información limitada sobre usted en la recepción en el momento de su cita. Esta información puede incluir su nombre, el lugar de la clínica y su condición general. Esta información solo se revelará a las personas que pregunten por usted por su nombre.
9. **Personas que participan en su atención médica o en el pago de su atención médica:** Podemos revelar su **PHI** a un amigo o familiar que participe en su atención médica. También podemos compartir su **PHI** con alguien que ayuda a pagar su atención médica. También podemos revelar su **PHI** a una entidad de asistencia en caso de desastre para que se pueda informar a su familia sobre su condición, estado y lugar.
10. **Investigación:** En ciertas circunstancias, podemos usar y revelar su información médica a investigadores cuyos estudios clínicos se aprobaron por una Junta de Revisión Institucional (“IRB”). Aunque la mayoría de los estudios de investigación clínica necesitan consentimiento y autorizaciones, existen algunos casos limitados en los que la información médica puede usarse o revelarse según la exención de la IRB o según lo exija o permita la ley. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con los que recibieron un medicamento diferente para la misma condición. Su información médica puede revelarse a investigadores que se preparan para hacer un proyecto de investigación. Por ejemplo, para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades médicas específicas.
11. **Según lo exija la ley:** Revelaremos su **PHI** cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, la ley de Oklahoma nos exige reportar al Departamento de Salud de Oklahoma (Oklahoma Department of Health) sobre todos los nacimientos y fallecimientos que ocurran en la clínica.
12. **Para prevenir una amenaza o lesión grave para la salud:** Podemos usar y revelar su **PHI** cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier revelación solo se hará a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
13. **Donaciones de órganos y tejidos:** Si usted es donante de órganos, podemos revelar su **PHI** a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
14. **Fuerzas Armadas:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar su **PHI** según lo exijan las autoridades del mando militar. También podemos revelar su **PHI** sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
15. **Compensación de los trabajadores:** Podemos revelar su **PHI** para programas de compensación de los trabajadores o similares, según lo autorice la ley estatal. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
16. **Reportes de salud pública:** Podemos revelar su **PHI** para actividades de salud pública. Por ejemplo:
 - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
 - Reportar defectos congénitos o infecciones de los ojos en bebés.
 - Reportar sobre diagnósticos de cáncer y tumores.
 - Reportar el abuso y negligencia infantil o sobre un niño que nace con alcohol u otras sustancias en su organismo.
 - Reportar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos.
 - Avisar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando.
 - Informar al Departamento de Salud de Oklahoma sobre una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o condición médica como el VIH, la sífilis u otras enfermedades de transmisión sexual.

- Avisar a la autoridad gubernamental competente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, si usted está de acuerdo o cuando lo exija la ley.
17. **Actividades de supervisión médica:** Podemos revelar su información médica a una agencia de supervisión médica para las actividades necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes aplicables. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, reportes y acreditación de dispositivos médicos.
 18. **Demandas legales y disputas:** Si usted está involucrado en una demanda legal o disputa, podremos revelar su **PHI** en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podremos revelar su **PHI** en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona implicada en la disputa, pero solo si se ha intentado decirle sobre la solicitud o se ha obtenido una orden que proteja la información solicitada.
 19. **Fuerzas del orden público:** Podemos revelar su **PHI** si así lo pide un agente de las fuerzas del orden público:
 - En respuesta a una orden judicial, citaciones, orden de registro, emplazamiento o proceso similar.
 - Para identificar o encontrar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona desaparecida.
 - Sobre la víctima de un delito, si, en ciertas circunstancias, no podemos obtener su consentimiento.
 - Sobre una muerte que creemos que puede ser consecuencia de una conducta delictiva.
 - Sobre una conducta delictiva en la clínica.
 - En situaciones de emergencia, para denunciar un delito, el lugar del delito o las víctimas; o la descripción de la identidad o el lugar de la persona que cometió el delito.
 20. **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** Podemos revelar **PHI** a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte. También podemos revelar **PHI** sobre pacientes de la clínica a directores de funerarias, según sea necesario para que cumplan sus funciones.
 21. **Actividades de seguridad nacional e inteligencia:** Podemos revelar su **PHI** para autorizar a representantes federales a hacer actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional, según lo autorice la ley.
 22. **Reclusos:** Si usted es un recluso en una institución correccional o bajo la custodia de un agente de las fuerzas del orden público, podemos revelar su **PHI** a la institución correccional o al agente de las fuerzas del orden público. Esta revelación sería necesaria (1) para que la institución correccional le dé atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de terceros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.
 23. **Fines de notificación para la División de Datos:** Podemos revelar su información médica para proporcionar avisos legalmente obligatorios sobre acceso o revelación no autorizados de su información médica.
 24. **Recaudación de fondos:** Podemos usar cierta información médica para comunicarnos con usted sobre programas de recaudación de fondos. Si ha hecho una donación a FMFI anteriormente, es posible que reciba correos relacionados con áreas o programas específicos. Podemos revelar esta información a un socio comercial o a una fundación institucional para que nos ayude en nuestras iniciativas de recaudación de fondos. Cada comunicación de recaudación de fondos incluirá una declaración clara y visible que le permitirá optar por no recibir más comunicaciones de recaudación de fondos. No le enviaremos más comunicaciones de recaudación de fondos si decide no recibirlas. No condicionaremos el tratamiento ni el pago a su elección con respecto a la recepción de comunicaciones de recaudación de fondos.
 25. **Cierta información confidencial:** Las leyes federales y estatales dan protecciones especiales para ciertos tipos de **PHI** y pueden restringir su uso o revelación. Por ejemplo, en algunos estados pueden aplicarse otras protecciones a información genética, de salud mental, biométrica, de menores, de recetas, de salud reproductiva, de abuso de drogas y alcohol, de violación y agresión sexual, de enfermedades de transmisión sexual o relacionada con el VIH/SIDA. En estas situaciones, cumpliremos las leyes aplicables más estrictas en relación con dicho uso o revelación.
 26. **Reproductiva:** Es importante destacar que la información médica relacionada con la atención médica reproductiva ahora está sujeta a mayores protecciones de la ley federal. Está prohibido compartir su información de atención médica reproductiva para investigar o imponer responsabilidad por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva legal. Si recibimos una solicitud

de información médica potencialmente relacionada con la atención médica reproductiva, como de una entidad de supervisión de salud, debemos obtener una declaración firmada que acredite que el uso o la revelación no se solicita con el fin de investigar o imponer responsabilidad por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva legal.

Sus derechos con relación a la información médica protegida sobre usted

Usted tiene los siguientes derechos con relación a la información médica que mantenemos sobre usted:

1. **Derecho a inspeccionar y copiar:** Tiene derecho a inspeccionar y pedir una copia de su información médica en el “conjunto de registros designado”, salvo que lo prohíba la ley. El “conjunto de registros designado” comprende los expedientes médicos usados para tomar decisiones sobre su atención y los registros de facturación. También tiene derecho a autorizar a terceros a obtener su información médica. Para inspeccionar, con cita previa, o pedir una copia de su información médica en el conjunto de registros designado, debe presentar su solicitud por escrito. Si pide que sus registros se envíen a un tercero, le pedimos que use el Formulario de autorización aprobado, que puede encontrar en el sitio web de FMFI o pedirlo por medio de la oficina y el personal médico de FMFI. Si pide una copia de la información, podríamos cobrarle un cargo razonable basado en el costo. En ciertas circunstancias, podríamos denegar su solicitud de inspección y copia. Si se le niega el acceso a cierta información médica, puede pedir que se revise la denegación. Otro profesional de atención médica autorizado, elegido por la clínica, revisará su solicitud y la denegación. La persona que haga la revisión no será la persona que la denegó. Cumpliremos el resultado de la revisión. Tiene derecho a revocar una autorización por escrito, pero las revelaciones previas no se verán afectadas. Envíe la cancelación al departamento de expedientes médicos de FMFI.
2. **Derecho a modificar:** Si considera que su **PHI** es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se modifique. Tiene derecho a pedir una modificación siempre que la clínica conserve la información. Para pedir la modificación, debe presentar su solicitud por escrito e indicar el motivo. Podremos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye un motivo que respalde la solicitud. Además, podremos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:
 - No la creamos nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó ya no pueda modificarla.
 - No es parte de la **PHI** que conserva la clínica.
 - No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar.
 - Es precisa y completa.
3. **Derecho a un informe de revelaciones:** Tiene derecho a pedir un informe de revelaciones gratuito cada 12 meses de la revelación que hayamos hecho de su **PHI**. Para pedir esta lista, debe presentar su solicitud por escrito. Su solicitud debe indicar un período que no puede ser más de seis años y no puede incluir una fecha anterior al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué formato quiere la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). Para otras listas, podríamos cobrarle el costo de proporcionarla. Le avisaremos el costo relacionado y usted puede elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se generen costos.
4. **Derecho a pedir restricciones:** Tiene derecho a pedir una restricción o limitación en la **PHI** que usamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a pedir un límite en la **PHI** que revelamos sobre usted a alguien que participe en su atención o en el pago de esta, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos ni revelemos información sobre una prueba hecha. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos su solicitud a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia. **Para pedir restricciones**, debe presentar su solicitud por escrito. Lo ayudaremos o le proporcionaremos un formulario cuando se solicite. En su solicitud, deberá indicarnos (1) qué información quiere limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, revelación o ambos; y (3) a quién quiere que se aplique la limitación.
5. **Derecho a la comunicación por medios alternativos:** Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que solo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo. Para pedir comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las

solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde quiere que nos comuniquemos con usted.

6. **Derecho a la información relacionada con la revelación:** Si tenemos conocimiento de que su información médica puede haber sido comprometida, investigaremos el asunto y, si determinamos que se ha producido una vulneración sustancial de su información médica, mitigaremos el daño, aplicaremos sanciones a los responsables o modificaremos un proceso, y le informaremos por escrito sobre el asunto, nuestras medidas al respecto y qué puede hacer para protegerse.
7. **Derecho a una copia impresa del aviso:** Tiene derecho a una copia impresa de este Aviso. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si aceptó recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a una copia impresa de este. **Para obtener una copia impresa de este aviso, pídala a un miembro de nuestro personal o escriba a:**

Privacy Officer
Fairfax Medical Facilities, Inc.
212 N. Main Street
Fairfax, OK 74637
918-642-3100

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigor para la información médica protegida que ya tenemos sobre usted, y para cualquier información que recibamos en el futuro. Le proporcionaremos una copia del Aviso actual en la clínica. El Aviso contendrá en la primera página, cerca de la parte de arriba, la fecha de inicio. Además, cada vez que se registre en la clínica para recibir tratamiento o servicios de atención médica, le daremos una copia del aviso vigente.

Autorización para otros usos de la información médica protegida

Otros usos y revelaciones de su **PHI** no contemplados en este aviso ni en las leyes que nos aplican se harán únicamente con su autorización por escrito. Si nos da autorización para usar o revelar su **PHI**, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni revelaremos su **PHI** por los motivos que se describen en su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retractarnos de ninguna revelación que ya hayamos hecho con su autorización y que estamos obligados a conservar los registros de la atención que le proporcionamos.

Quejas

Si cree que se infringieron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante la clínica o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services).

Para presentar una queja con la clínica, escriba a:

Director of Nursing
Fairfax Medical Facilities, Inc.
212 N. Main Street
Fairfax, OK 74637
918-642-3100

Para presentar una queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, escriba a:

The U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
HHS.Mail@hhs.gov

La queja ante el Secretario debe presentarse en el plazo de los 180 días después de la fecha en que la persona que presenta la queja tuvo o debió haber tenido conocimiento de la omisión reportada. La queja debe presentarse por escrito, ya sea en papel o electrónicamente, nombrar a la entidad contra la que se presenta la queja y describir el acto o los actos de omisión que se considera que infringieron las normas.

No se le sancionará por presentar una queja.