

Sullivan County Memorial Hospital & Clinics

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revísela con cuidado

Si usted tiene preguntas sobre esta notificación por favor de contactar al Oficial de Cumplimiento al 660-265-4212

Este Aviso de prácticas de privacidad NO es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo Sullivan County Memorial Hospital y Clínicas, nuestros socios comerciales y sus subcontratistas, pueden usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que se permita o requiera la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información médica protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, condición de salud física o mental presente o futuro y los servicios de salud relacionados.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas de atención médica, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley. Estamos obligados por ley a: 1) Asegúrese de que la información médica que le identifica se mantenga privada; 2) Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y 3) Cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigor.

Tratamiento: Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su cuidado de salud y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con un tercero. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido, los vendedores de DME, centros de cirugía / hospitales, médicos de referencia, médico de familia, terapeutas físicos, los proveedores de salud en el hogar, los laboratorios, los ajustadores de compensación al trabajador y enfermeras gestoras de casos, etc., para asegurarse de que el proveedor de atención médica tiene la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estancia en el hospital, la cirugía, la resonancia magnética u otras exámenes de diagnóstico, los procedimientos de inyección, serie de la inyección, terapia física, etc., pueden requerir que su información protegida de salud relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el procedimiento .

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades comerciales de SCMH y las prácticas de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de la calidad, revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, las licencias, la recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina.

Hojas de registro: Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle de su cita, y le informará acerca de las alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Actividad de Recaudación de Fondos: Si usamos o divulgamos su información médica protegida para actividades de recaudación de fondos, le daremos la opción de optar por aquellas actividades notificando al Oficial de Cumplimiento por escrito. También puede optar de nuevo en utilizando el mismo método de notificación.

Directorio del Hospital: Podemos incluir información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras usted es un paciente hospitalizado. Su afiliación religiosa puede ser dada a un miembro del clero, incluso si no preguntan por usted por su nombre. Esto es para que su familia, amigos y el clero puedan visitarlo en el hospital y saber cómo se encuentra.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su información médica para fines de investigación. Todos los proyectos de investigación están sujetos a procesos de aprobación especiales.

Como es requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como exige la ley, cuestiones de salud pública como lo requiere la ley, las enfermedades transmisibles, la vigilancia de la salud, abuso o negligencia, las necesidades de alimentos y administración de medicamentos, procedimientos judiciales, policiales, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, investigación, actividad criminal , actividad militar y seguridad nacional, indemnización de los trabajadores, los presos y otros usos y divulgaciones requeridas. Bajo la ley, debemos hacer divulgaciones a usted por su requerimiento. Bajo la ley, también tenemos que revelar su información protegida de salud cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la sección 164.500.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se harán sólo con su consentimiento, autorización o una oportunidad para objetar al menos que sea requerido por la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente utilizar o divulgar su información de salud protegida con fines de comercialización. No podemos vender su información médica protegida sin su autorización. No podemos usar o divulgar las notas de psicoterapia más contenidos en su información de salud protegida. No vamos a usar o divulgar su información de salud protegida que contiene la información genética que se utilizará para fines de suscripción.

Usted puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o divulgación indicada en la autorización.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información médica protegida. **Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (cargo razonable base al costo)** - De conformidad con su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar o copiar su información médica protegida, ya sea en papel o formato electrónico. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable, o su uso en, una acción civil, penal o administrativa o procedimiento, la información de salud protegida restringido por la ley, la información que se relaciona con la investigación médica en la que han aceptado participar, información cuya divulgación puede resultar en daños o lesiones a usted oa otra persona, o información que fue obtenida bajo una promesa de confidencialidad

(Continuar en la página de atrás)

Usted tiene el derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida - Esto significa que usted puede pedirnos no usar o divulgar cualquier parte de su información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será compartida con familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción se aplica. Su médico no está obligado a aceptar su solicitud de restricción, excepto si usted solicita que el médico de no revelar información de salud protegida a su plan de salud con respecto a la asistencia sanitaria para el que ha pagado en su totalidad de su bolsillo.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales - Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, previa solicitud, incluso si usted ha acordado aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida - Si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información durante el tiempo que SCMH tiene la información almacenada. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros por escrito a la Oficina de Cumplimiento de SCMH incluyendo una declaración que apoya claramente su solicitud. Le notificaremos de cualquier costo involucrado antes de cualquier costo que se incurra. Podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones - Usted tiene el derecho de recibir un informe de divulgaciones, papel o electrónico, a excepción de las divulgaciones: en virtud de una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que se produjo antes del 14 de abril de 2003, o seis años anteriores a la fecha de la solicitud. La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratis. Podemos cobrarle por el costo de cualquier lista adicional proporcionada.

Usted tiene el derecho a recibir una notificación de incumplimiento - Te avisaremos si su información médica protegida sin garantía ha sido violada.

Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, incluso si usted ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con la Oficina de Admisiones de SCMH al 660-265-4212

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos de dichos cambios en la siguiente cita. También vamos a hacer copias disponibles de nuestro nuevo aviso si desea obtener uno. UNA COPIA DE ESTE aviso será publicado en cada planta de SCMH.

QUEJAS

Usted puede quejarse con nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja por escrito o por teléfono. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su permiso por escrito. Si usted nos ha proporcionado el permiso para usar o revelar información médica sobre usted, usted puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no podremos usar o revelar información médica sobre usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le hemos proporcionado.

SCMH HIPAA COMPLIANCE OFFICER Phone: 660-265-4212

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente vigente. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal.

Por favor, firme el formulario adjunto "Reconocimiento". Tenga en cuenta que al firmar el formulario de Reconocimiento sólo se le reconoce que ha recibido o ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.