



COMUNICADO SOBRE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

ESTE COMUNICADO DESCRIBE COMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE LA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.

I. Quiénes Somos Nosotros

Este Comunicado describe las prácticas de privacidad de West Tennessee Healthcare, sus hospitales y afiliados ("WTH"), incluyendo sus trabajadores (empleados y voluntarios), los médicos que son miembros del personal y otros profesionales relacionados con el área de salud que practican en WTH. En este Comunicado, WTH y los proveedores individuales de cuidado de salud, juntos seremos llamados en algunas oportunidades "nosotros". Cada uno de nosotros es una entidad legal separada (los médicos miembros del personal y algunos profesionales relacionados con el área de salud que no son empleados, empresarios colectivos o agentes de WTH) así participemos en muchas actividades juntas y proporcionemos servicios en un entorno de cuidado clínicamente integrado. Este Comunicado aplica a los servicios que se le proporcionan a usted en cualquiera de los siguientes complejos o a través de los servicios siguientes:

- Jackson-Madison County General Hospital
- Bolivar General Hospital
- Bradford Family Medical Center
- Camden Family Medical Center
- Camden General Hospital
- CardioThoracic Surgery Center
- East Jackson Family Medical Center
- Gibson General Hospital
- Health Partners
- Healthier Beginnings
- Healthy Start
- Hospice of West Tennessee
- Humboldt General Hospital
- Lift Health Clinic
- Lift Therapy Inc.
- Mature Advantage Club
- Medical Center EMS
- Medical Center Infusion Services
- Medical Center Laboratory
- Medical Center Medical Products
- Medical Clinic of Jackson
- Medical Specialty Clinic
- MedSouth Medical Centers
- Milan General Hospital
- Milan School Clinic
- Oncology/Hematology Clinic
- Pathways Behavioral Health Services
- School Health Clinic of Jackson
- Sports Plus Aquatherapies
- Sports Plus Rehabilitation Centers
- The Therapy and Learning Center
- West Tennessee Healthcare Foundation
- West Tennessee Imaging Center
- West Tennessee Medical Call Center
- West Tennessee Neurosciences
- West Tennessee OB/GYN
- West Tennessee Rehabilitation Center
- West Tennessee Surgery Center
- Work Partners
- Work Plus Rehabilitation Center

II. Nuestras Obligaciones de Privacidad

Cada uno de nosotros está obligado por la ley a mantener la confidencialidad de su información médica (Información Médica Protegida o "IMP") y a proporcionarle este Comunicado de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su Información Médica Protegida. Cuando nosotros usamos o revelamos su Información Médica Protegida, nosotros cumplimos con las condiciones en este comunicado (o cualquier otro comunicado en vigencia en el momento del uso o divulgación.)

III. Usos Permitidos y Divulgaciones Que No Requieren Su Autorización Por Escrito

En algunas situaciones (las cuales describiremos a continuación en la Sección IV) nosotros debemos obtener su autorización por escrito en nuestro formulario para autorización ("**Su Autorización**") a fin de usar y/o divulgar su IMP. Sin embargo, nosotros no necesitamos ningún tipo de autorización por su parte para los siguientes usos y divulgaciones:

A. Usos y Divulgaciones Para Tratamiento, Pago y Operaciones Para El Cuidado de Salud. Nosotros podemos utilizar y divulgar su IMP para tratarlo, para obtener el pago por los servicios que se le proporcionaron y para realizar nuestras "operaciones para el cuidado de salud" como se detalla a continuación:

- Tratamiento. Nosotros usamos y divulgamos su IMP para proporcionarle tratamiento y otros servicios; como por ejemplo para diagnosticar y tratar su herida o enfermedad. Además, nosotros podemos contactarlo para comunicarle recordatorios de citas o información sobre tratamientos alternativos, u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran interesarle. Nosotros podríamos contactarlo después de que usted salga de WTH para preguntarle acerca de su progreso médico. Nosotros también podemos divulgar su IMP a otros proveedores involucrados en su tratamiento.
- Pago. Nosotros podemos utilizar y divulgar su IMP para recibir pagos por los servicios que le proporcionamos; por ejemplo, divulgaciones para solicitar y obtener pago por parte de su compañía de seguro, su organización para el mantenimiento de la salud (HMO) u otra compañía que arregla o paga el costo de parte o todo su cuidado de salud ("**Su Pagador**") para verificar que su Pagador pagará por su cuidado de salud.
- Operaciones del Proveedor de Salud. Nosotros podemos utilizar y divulgar su IMP para nuestras operaciones de salud, lo que incluyen administración y planes internos, y varias actividades que mejoran la calidad y efectividad del costo del cuidado que nosotros le proporcionamos a usted. Por ejemplo, nosotros podríamos usar su IMP para evaluar la calidad y competencia de médicos, enfermeras(os) y otros empleados relacionados con el área de salud. Además, WTH puede pedirle que rellene y devuelva una encuesta de satisfacción del paciente, y puede contactarlo para recordarle que rellene la encuesta además de preguntarle su opinión sobre su estadía en WTH.

Nosotros podemos compartir su IMP con sus otros proveedores de servicios de salud cuando tal IMP se requiera para que ellos puedan tratarlo, recibir pagos por los servicios que ellos les proporcionaron o conducir ciertas operaciones para el cuidado de la salud como la evaluación de la calidad y el mejoramiento de actividades, revisión de la calidad y competencia de los profesionales del cuidado de la salud, para la detección de fraudes relacionados con el cuidado de la salud y el abuso en el cuidado de salud o conformidad. Además, nosotros podemos compartir su IMP con nuestros negocios asociados que realizan tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de salud en nuestro nombre.

B. Uso o Divulgaciones para el Directorio del Individuos. Nosotros podemos incluir su nombre, ubicación en la facilidad de WTH, condición general de salud y afiliación religiosa en el directorio de los pacientes sin obtener Su Autorización *a menos* que usted se oponga a que se incluya la información en el directorio. La información en el directorio podría ser divulgada a cualquier persona que pregunte por usted por su nombre o a miembros del clero; sin embargo, su afiliación religiosa sólo se divulgará a los miembros del clero.

C. Divulgaciones a Parientes, Amigos Íntimos u Otros Representantes de Servicios de Cuidado. Nosotros podemos usar y divulgar su IMP a un miembro de su familia, otro pariente, un amigo íntimo o a cualquier persona que sea identificada por usted, cuando usted esté presente o disponible antes de la divulgación si nosotros: (1) obtenemos su aprobación, (2) le damos la oportunidad de objetar la divulgación y usted no objeta o (3) inferimos razonablemente que usted no objeta a la divulgación.

Nosotros podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si la divulgación de información en un momento dado es la mejor opción para usted, si usted no está presente o si en la oportunidad de aceptar u objetar el uso o divulgación no puede ser proporcionada debido a su incapacidad, o debido a una circunstancia de emergencia. Nosotros divulgaremos sólo información que consideremos está directamente relacionada con la persona que este envuelta en el cuidado de su salud o con el pago relacionado al cuidado de su salud si revelamos información a un miembro de su familia, un pariente o un amigo íntimo. Además, puede que divulguemos su IMP para notificar (o ayudar a notificar) a un miembro de la familia, otro pariente o un amigo cercano su localización, condición general o fallecimiento.

D. Actividades de Salud Públicas. Como es requerido o autorizado por ley, nosotros podríamos divulgar su IMP a las siguientes agencias de salud públicas: (1) reportar información relacionada con la salud a las autoridades públicas de sanidad con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, daños o incapacidades, (2) reportar el abuso o negligencia en niños a las autoridades públicas de sanidad y otras autoridades gubernamentales autorizadas por ley a recibir dicho reporte, (3) reportar información acerca de productos y servicios bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos, (4) alertar a una persona que haya estado o esté expuesta a una enfermedad contagiosa o pueda estar en riesgo de contraer o esparcir una enfermedad o condición y (5) reportar la información a su empleador lo cual se requiere por leyes que cubren enfermedades y heridas relacionadas con el trabajo o medidas y vigilancia médica en el lugar de trabajo.

E. Víctimas de Abuso, Negligencia, o Violencia Doméstica. Si nosotros creemos razonablemente que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, nosotros podemos divulgar su IMP a una

autoridad gubernamental, lo que incluye a una agencia de servicios social o de servicios de protección autorizada por ley a recibir reportes de ese tipo de abuso, negligencia o violencia doméstica.

F. Agencias que Supervisan las Actividades de Salud. Nosotros podemos divulgar su IMP a una agencia que supervisa el sistema de cuidado de salud que está encargada y es responsable de asegurar el cumplimiento con las reglas de los programas gubernamentales de salud como Medicare o Medicaid.

G. Procedimientos Judiciales o Administrativos. Nosotros podríamos divulgar su IMP en el curso de un procedimiento judicial o administrativo como respuesta de una orden legal u otro proceso legal.

H. Oficiales de la Ejecución de la Ley. Nosotros podríamos divulgar su IMP a la policía u otros oficiales que ejecutan la ley como es requerido o permitido por ley o conforme a una orden de la corte, un jurado de acusación, o una citación administrativa.

I. Difuntos. Nosotros podemos divulgar su IMP a un médico forense, examinador médico, o director fúnebre como es autorizado por ley.

J. Obtención de Órganos y Tejidos. Al alcance requerido por ley, nosotros podríamos divulgar su IMP a organizaciones que facilitan la obtención de órganos, ojos y tejidos, bancos o transplantes.

K. Investigaciones. Nosotros podríamos usar o divulgar su IMP sin Su Autorización si nuestra Junta de Revisión Institucional aprueba una renuncia del requisito de autorización. Mientras la mayoría de los estudios de investigación clínicos requieren el consentimiento específico del paciente, hay algunos casos en los que una revisión retrospectiva del archivo sin tener contacto con el paciente podría ser ejecutada por investigadores. Por ejemplo, el proyecto de investigación puede involucrar la comparación la salud y la recuperación de ciertos pacientes con la misma condición médica los cuales recibieron una medicina con otros pacientes los cuales recibieron otra medicina.

L. Salud o Seguridad. Nosotros podríamos usar o revelar su IMP para prevenir o disminuir una seria o inminente amenaza para la salud o seguridad de una persona o del público.

M. Funciones Gubernamentales Especializadas. Bajo ciertas circunstancias nosotros podríamos usar y divulgar su IMP a las unidades del gobierno con funciones especiales, como Las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o el Departamento de Estado de los Estados Unidos.

N. Compensación de Trabajadores. Nosotros podríamos divulgar su IMP como es autorizado, al extremo que sea necesario obedeciendo la ley de Tennessee que está relacionada con la compensación de trabajadores o programas similares.

O. Como lo Requiere la Ley. Nosotros podríamos usar y divulgar su IMP cuando sea requerido por cualquier otra ley que no se haya mencionado anteriormente en las categorías.

IV. Usos y Revelaciones que Requieren Su Autorización Escrito

A. Uso o Divulgación con Su Autorización. Para cualquier propósito aparte de los mencionados anteriormente en la Sección III, nosotros solamente podríamos usar o revelar su IMP cuando usted nos conceda Su Autorización; como consecuencia, usted necesitará rellenar un formulario de autorización antes de que nosotros podamos enviar su IMP a su compañía de seguro de vida. Nunca venderemos IMP sin Su Autorización.

B. Mercadeo. Nosotros también debemos obtener su autorización por escrito (“**Su Autorización de Mercadeo**”) antes de usar su IMP para enviarle cualquier material de mercadeo. (Sin embargo, nosotros podemos proporcionarle materiales de mercadeo en un encuentro cara a cara sin obtener Su Autorización de Mercadeo. También es permitido que le demos un regalo de promoción con valor insignificante si nosotros elegimos dárselo sin obtener Su Autorización de Mercadeo.) Además, nosotros podemos informarle sobre productos o servicios que estén relacionados con su tratamiento, gestiones de su caso o coordinación de su cuidado, o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o sitios de cuidado sin Su Autorización de Mercadeo.

C. Usos y Divulgaciones de Su Información Extremadamente Confidencial. Además, leyes federales y estatales requieren las protecciones especiales de privacidad para cierta información extremadamente confidencial acerca de usted (“**Información Extremadamente Confidencial**”) lo que incluye información acerca de su IMP que: (1) se mantiene en las notas de psicoterapia, (2) se trata acerca de servicios de salud mental y de servicios de incapacidad, (3) se trata acerca de la prevención, tratamiento y referencia sobre abuso de alcohol y drogas, (4) se trata de pruebas, el diagnóstico o el tratamiento de VIH/SIDA, (5) se trata acerca de enfermedades contagiosas o (6) se trata de pruebas genéticas. Para que nosotros podamos divulgar su información extremadamente confidencial con relación a otros propósitos diferentes a los permitidos por la ley, nosotros debemos obtener Su Autorización.

V. Sus Derechos con Respecto a su Información Médica Protegida

A. Para Obtener Más Información o Quejas. Si usted quiere más información sobre sus derechos de privacidad, preocupaciones de que nosotros hayamos violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que nosotros hicimos sobre el acceso a su IMP, usted puede contactar nuestra Oficina de Cumplimiento (Compliance Office). Usted también puede someter una queja por escrita al Director de la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. A solicitud, la Oficina de Cumplimiento le proporcionará la dirección correcta del Director. Nosotros guardaremos una actitud inofensiva con usted si usted presenta una queja con nosotros o con el Director.

B. Derecho de Solicitar Restricciones Adicionales. Usted puede solicitar restricciones en nuestro uso y divulgación de su IMP: (1) para el tratamiento, para el pago y para las operaciones del cuidado de salud, (2) a individuos (como por ejemplo a un miembro de la familia, otro pariente, amigo íntimo o cualquier otra persona que sea identificada por usted) que se encuentre implicado con su cuidado o el pago para su cuidado o (3) para notificar o ayudar en la notificación de tales individuos sobre su localización y condición general. Aunque nosotros consideraremos cuidadosamente todas las peticiones para restricciones adicionales, no estamos obligados a cumplir con su solicitud de restricciones a menos que usted este restringiendo divulgación de IMP a

un plan de seguro médico y haya pagado por sus servicios por completo por cuenta propia. Si usted quiere solicitar restricciones adicionales, por favor obtenga un formulario del personal apropiado de registro o de admisión y someta el formulario relleno a la Oficina de Cumplimiento.

C. Derecho de Recibir Comunicaciones Confidenciales. Usted puede solicitar y nosotros nos adaptaremos a cualquier solicitud razonable realizada por escrito para que usted reciba su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, nosotros le enviaremos correspondencia a una dirección de correo alternativa.

D. Derecho de Elegir No Recibir Contactos para la Captación de Fondos. Usted puede elegir el no recibir ningún contacto para la captación de fondos en cualquier momento.

E. Derecho de Revocar Su Autorización. Usted puede revocar Su Autorización o Su Autorización de Mercadeo excepto cuando ya se tomaron acciones basadas en la autorización original entregando una declaración de revocación por escrito a la Oficina de Cumplimiento identificada a continuación.

F. Derecho de Revisar y Copiar Su Información de Salud. Usted puede pedir acceso a sus archivos de registro médico y los registros de pagos que mantenemos para revisar y obtener copias de los archivos. Es posible que le neguemos el acceso a partes de sus registros debido a circunstancias especiales; por favor obtenga una forma para la obtención de archivos del personal apropiado de registros médicos y someta el formulario completo al Departamento de Gestiones de Registros Médicos/Información de Salud si usted quiere tener acceso a sus registros. Un precio razonable y basado en los costos de las copias será impuesto según la política del departamento y los cargos establecidos.

G. Derecho de Enmendar Sus Archivos. Usted tiene el derecho de pedir que nosotros enmendemos Información Medica Protegida que se encuentra en su expediente médico o expedientes de pagos. Por favor obtenga una forma para la solicitud de enmienda del personal apropiado de Registros Médicos y someta el formulario completo al Departamento de Gestiones de Registros Médicos/Información de Salud si usted quiere enmendar sus archivos. Nosotros cumpliremos con su pedido al menos que nosotros creamos que la información que existe que será enmendada es correcta y está completa, o si circunstancias especiales son aplicables.

H. Derecho de Recibir Una Explicación por Una Divulgación. A usted se le podrá proporcionar explicaciones de ciertas divulgaciones de su IMP hechas por nosotros durante cualquier período de tiempo mientras que su solicitud no sobrepase un período de seis años y no incluyan divulgaciones realizadas antes del 14 de Abril del 2003 si usted lo solicita. La primera explicación durante cualquier período de 12 meses es gratis. WTH puede cobrar un precio razonable, tarifa basada en costos, incluyendo los costos para la recuperación y la preparación de datos para el reporte, además del precio de envío por correo, por cada solicitud adicional hecha por cualquier individuo en cualquier período de 12 meses.

I. Derecho de Ser Notificado de Alguna Transgresión. Usted tiene el derecho de ser notificado después de una transgresión de IMP no protegida.

J. Derecho de Recibir una Copia por Escrito de Este Comunicado. Si lo solicita, a usted se le podrá proporcionar una copia por escrito de este Comunicado, aún si usted estuvo de acuerdo en recibir dicho comunicado electrónicamente.

VI. Fecha de Vigencia y Duración de Este Comunicado

A. Fecha de Vigencia. Este Comunicado se hace efectivo a partir del 14 de abril del 2003.

B. Derecho Para Cambiar Las Condiciones de Este Comunicado. Nosotros podemos cambiar los términos de este Comunicado en cualquier momento. Si nosotros cambiamos este Comunicado, nosotros podemos hacer efectivos los nuevos términos para toda la Información Médica Protegida que nosotros mantenemos, lo que incluye cualquier información creada o recibida antes de que surgieran los nuevos Cambios del comunicado. Si cambiamos este Comunicado, nosotros pondremos una copia del nuevo comunicado en las áreas de espera localizadas en las facilidades de West Tennessee Healthcare y en nuestro espacio en Internet: www.wth.net. Usted también puede obtener cualquier comunicado nuevo contactando la Oficina de Cumplimiento.

VII. Oficina de Cumplimiento

Usted puede comunicarse con el Coordinador de Privacidad en/al:

Compliance Office
West Tennessee Healthcare
620 Skyline Drive
Jackson, Tennessee 38301
Número del teléfono: (877) 746-3676 o (731) 660-7720