



SÉ MÁS FUERTE | CUIDA CON MAYOR ESFUERZO | AMA PROFUNDAMENTE

1500 South Fairfield Avenue

www.sinai.org

Línea Telefónica de Ayuda de la Oficina de Integridad Empresarial:

773-257-5424

businessintegrity@sinai.org

Su información.

Sus Derechos.

Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe de qué manera la información médica sobre usted puede ser utilizada y desglosada y de qué manera usted puede tener acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

<p>Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto. • Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, usualmente dentro de 30 días de su solicitud. Podríamos cobrarle un costo razonable.
<p>Pedirnos que corriamos su expediente médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede pedirnos que corriamos la información de salud sobre usted que piense que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto. • Podríamos decir “no” a su solicitud, pero le explicaremos las razones por escrito dentro de 60 días.
<p>Solicitar métodos de comunicación confidencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede pedirnos que le contactemos en una forma específica (por ejemplo, al teléfono de casa u oficina) o enviarle correspondencia a una dirección diferente. • Responderemos “sí” a toda solicitud razonable.
<p>Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o lo que compartimos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede pedirnos que no utilicemos n compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, o nuestras operaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y podríamos decir “no” si esto afectara su atención médica. • Si usted paga en su totalidad de su bolsillo por un servicio o atención médica, puede pedirnos que no compartamos dicha información para propósitos de pago o nuestras operaciones con su seguro



SÉ MÁS FUERTE | CUIDA CON MAYOR ESFUERZO | AMA PROFUNDAMENTE

	médico. Responderemos “sí” a menos que la ley nos obligue a compartir dicha información.
Obtener una lista de aquéllos con quienes hemos compartido información	<ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar una lista (contabilización) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a su solicitud, con quién hemos compartido y por qué.• Incluiremos todos los desglosamientos excepto aquellos relacionados a tratamientos, pago, y operaciones de atención médica, y ciertos otros desglosamientos (tal como cualquiera que usted nos haya pedido hacer). Proporcionaremos de forma gratuita una contabilización por año, pero cobraremos un costo razonable si solicita otra(s) dentro de 12 meses.
Obtener una copia de este aviso de privacidad	<ul style="list-style-type: none">• Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir este aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.
Elegir a alguien que le represente	<ul style="list-style-type: none">• Si usted ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su guardián legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y hacer elecciones sobre su información de salud.• Nos aseguraremos que la persona esté autorizada y que puede actuar en su representación antes que de tomemos cualquier acción.
Presentar una queja si piensa que sus derechos han sido violados	<ul style="list-style-type: none">• Si piensa que hemos violado sus derechos, usted puede presentar una queja contactándonos utilizando la información en la página 1 y en la última página de este aviso.• Puede presentar su queja con U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (Departamento de Salud y Oficina de Servicios Humanos para los Derechos Civiles de EEUU) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, llamando al teléfono 1-877-696-6775, o visitando la página de Internet www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.• No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus Elecciones

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene preferencias claras sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué es lo que quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la elección para indicarnos:	<ul style="list-style-type: none">• Compartir información con su familia, amigos cercanos, u otros involucrados en su atención médica• Compartir información en una situación de alivio catastrófico• Incluir su información en un directorio hospitalario• Contactarle para campañas de recaudación de fondos
--	---



SÉ MÁS FUERTE | CUIDA CON MAYOR ESFUERZO | AMA PROFUNDAMENTE

	Si usted no puede indicarnos sus preferencias, por ejemplo, si estuviera inconsciente, podríamos seguir adelante y compartir su información si consideramos que es por su propio bien. También podríamos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a su salud o su seguridad.
En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos otorgue autorización por escrito:	<ul style="list-style-type: none"> • Propósitos de mercadotecnia • Venta de su información • Compartir lo más posible de notas sicoterapéuticas
En el caso de recaudación de fondos:	<ul style="list-style-type: none"> • Podríamos contactarle para campaña de recaudación de fondos, pero usted puede indicarnos que no le volvamos a contactar.

Nuestros Usos y Desglosamientos

¿De qué manera típicamente utilizamos o compartimos su información de salud? Generalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Para Darle Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar y compartir su información de salud con otros profesionales que le están atendiendo. 	<i>Ejemplo: Un doctor que le atiende por una lesión consulta a otro doctor sobre su condición de salud en términos generales.</i>
Para Administrar Nuestra Organización	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar y compartir su información de salud para administrar nuestros servicios médicos, para mejorar su atención de salud, y para contactarle cuando sea necesario. 	<i>Ejemplo: Utilizamos su información de salud para gestionar su tratamiento y sus servicios.</i>
Para Facturarle por Sus Servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturarle y obtener el pago respectivo de planes de salud u otras entidades. 	<i>Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de salud para que paguen por sus servicios.</i>

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud? Se nos permite o se nos requiere compartir su información de otras maneras—usualmente en formas que contribuyen al bienestar público, tal como salud pública e investigación. Para mayor información consulte la página Web: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con salud pública y cuestiones de seguridad	Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tal como: <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de enfermedades
--	--



SÉ MÁS FUERTE | CUIDA CON MAYOR ESFUERZO | AMA PROFUNDAMENTE

	<ul style="list-style-type: none">• Ayudar con retiro del mercado o devolución de productos• Reportar reacciones adversas de medicamentos• Reportar sospechas de abuso, negligencia, o violencia doméstica• Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona
Hacer investigación	<ul style="list-style-type: none">• Podemos utilizar o compartir su información con fines de investigación de salud
En cumplimiento con la ley	<ul style="list-style-type: none">• Compartiremos información sobre usted si el estado o leyes federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren examinar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
Responder a solicitudes de donación de tejidos y órganos	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos
Trabajar con un examinador médico o director de funeraria	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico, o director de funeraria cuando muere un individuo
Abordar casos de indemnización por riesgo de trabajo, en cumplimiento con la ley, y otras solicitudes gubernamentales	<p>Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para reclamo de indemnización por riesgo de trabajo• Para fines policiales o en cumplimiento con un funcionario encargado del cumplimiento con la ley• Para actividades autorizadas por la ley con organismos de supervisión de la salud• Para funciones especiales de gobierno tal como fines militares, seguridad nacional, y servicios de protección presidencial
Responder a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial
Requisitos Específicos del Estado	<ul style="list-style-type: none">• Podemos desglosar información médica si el Estado de Illinois u otro estado nos requiere reportar dicha información. Varios estados requieren que los prestadores de servicios de salud proporcionen dicha información de manera que pueda ser utilizada para programas que mejoren la salud, que reduzcan los costos de atención médica, o por otras razones.
Información Especial de Salud	<ul style="list-style-type: none">• Algunos tipos de información de salud son particularmente de naturaleza sensible. La ley federal o estatal puede obligarnos a que obtengamos su consentimiento por escrito, o en algunos casos, una orden judicial, para utilizar o desglosar esa información. Este tipo de información de salud puede incluir información respecto a salud mental y discapacidades en el desarrollo, VIH/SIDA, tratamiento de abuso de drogas o alcohol, pruebas genéticas, y asesoría genética



SÉ MÁS FUERTE | CUIDA CON MAYOR ESFUERZO | AMA PROFUNDAMENTE

<p>También podemos utilizar y desglosar información médica sobre usted:</p>	<ul style="list-style-type: none">• Para recordarle sobre sus citas de atención médica;• Para preguntarle si está satisfecho con nuestros servicios;• Para informarle sobre otros posibles tratamientos;• Para informarle sobre beneficios o servicios relacionados a la salud;• Para contactarle con fines de mercadotecnia o recaudación de fondos;• Para capacitar o analizar las habilidades de profesionales de la salud; y• Para actividades basadas en la población diseñadas para mejorar la salud pública o reducir los costos de atención médica. <p>NOTA: Es política de Sinai Health System no compartir su información con ninguno fuera de Sinai para promover sus productos o servicios.</p>
---	---

Nuestras Responsabilidades

- La ley nos requiere mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos con prontitud si ocurre alguna violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos adherirnos a las prácticas y obligaciones descritas en este aviso y proporcionarle una copia de las mismas.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que la aquí descrita a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos indica que podemos hacerlo, usted puede cambiar su decisión en cualquier momento. Por favor indíquenos por escrito si cambia de opinión.

Para mayor información consulte la página Web:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios serán aplicables a toda información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará disponible bajo solicitud, en nuestra oficina y en nuestra página de Internet.

A Quién Contactar para Información o para una Queja

Si tiene preguntas sobre este aviso o alguna queja, por favor contacte a:



SÉ MÁS FUERTE | CUIDA CON MAYOR ESFUERZO | AMA PROFUNDAMENTE

Sinai Health System
Attn: Business Integrity Office
1500 South Fairfield
Chicago, IL 60608
Business Integrity Helpline: 1-773-257-5424 or 1-877-435-7559
Businessintegrity@sinai.org

Fecha de Vigencia de Notificación: Febrero 20, 2017

Acuerdo de Atención Médica Organizada

Sinai Health System proporciona este documento como una notificación conjunta de Mount Sinai Hospital Medical Center of Chicago/Schwab Rehabilitation Hospital y Care Network/Holy Cross Hospital/The Mount Sinai Community Foundation d/b/a Sinai Medical Group/Sinai Community Institute, Inc. Además, Access Community Health Network es una organización afiliada a of Sinai Health System.

La versión electrónica de nuestros archivos médicos es compartida por cada entidad. Los empleados y médicos de todas estas entidades y localidades pueden compartir la información médica entre sí para fines de tratamiento, pago, u operaciones de administración médica, como se describen en este aviso.