WE MAKE LIVES BETTER
UT HEALTH SCIENCE CENTER™
SAN ANTONIO

Fecha de Vigencia: Abril 2003

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN REFERENTE A SU SALUD Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE

1. **Propósito:** The University of Texas Health Science Center at San Antonio ("UT Health Science Center"), su facultad, estudiantes, residentes, empleados, voluntarios, y sus afiliados (UT Medicine Physicians Group y sus clínicas) siguen las prácticas de privacidad descritas en este aviso. UT Health Science Center mantiene información sobre su salud en expedientes que se guardan de una manera confidencial de acuerdo a la ley. UT Health Science Center utiliza y da o comparte información acerca de su salud cuando es necesario en su tratamiento, sobre pagos, y para operaciones del cuidado de su salud, y para darle servicio de alta calidad.

2. **Que Significa Tratamiento, Pagos, y Operaciones del Cuidado de su Salud?** Tratamiento incluye compartir información con personas involucradas en el cuidado de su salud. Por ejemplo el proveedor del cuidado de su salud puede compartir información acerca de su condición con el farmacéutico para discutir sus medicinas, o con el radiólogo, o con otros asesores para determinar su diagnostico. UT Health Science Center puede usar información referente a su salud como un requisito de su seguro o HMO y para obtener el pago por su tratamiento. UT Health Science Center puede usar y dar información de su salud para mejorar la calidad de cuidado y con propósitos educativos en el entrenamiento de estudiantes, residentes y facultad de UT Health Science Center.

3. **Como UT Health Science Center Usará y Compartirá Información Acerca de mi Salud?** Información de su salud podrá ser usada para los siguientes propósitos a menos de que usted pida una restricción que impida el uso específico o su revelación.

   Nota: Usted tendrá la oportunidad de no permitir que algunas de estas comunicaciones con respecto a la información de su salud indicadas por (*) sean reveladas.

   - Directorios de UT Health Science Center que podrían incluir su nombre, condición general, y donde esta localizado en UT Health Science Center.*
   - Afiliación religiosa a un capellán de hospital o miembro religioso.*
   - Miembros de su familia o amigos íntimos involucrados en su cuidado o en el pago de su tratamiento.*
   - Agencia de ayuda de desastres, si usted esta involucrado en un desastre y necesita ayuda.*
   - Para informarle de tratamientos alternos, beneficios, o servicios relacionados con su salud.*
   - Recaudación de fondos por parte de UT Health Science Center. Tal información será limitada a su nombre, dirección, numero de teléfono, edad, género, estado de su seguro, y los días que usted fue atendido en UT Health Science Center.*
   - Recordatorio de citas.*
   - Actividades publicas de salud, incluyendo prevención de enfermedades, heridas, o incapacidades; reportes de nacimientos y muertes; reportes de reacciones a medicinas, o problemas con productos; notificación de llamado de productos, control de enfermedades contagiosas; aviso a las autoridades del gobierno si hay sospecha de abuso, abandono, o violencia domestica.
   - Actividades para investigar el cuidado de salud como auditorias, inspecciones, investigaciones, y procedimientos para obtener licencia.
   - Por imposición legal.
   - Investigadores de causas de fallecimiento, examinadores médicos, y directores de funerarias.
   - Donación de órganos y tejido orgánico.
   - Algunos proyectos de investigación.
   - Para prevenir una amenaza grave de salud o seguridad.
   - A las autoridades de servicio militar si usted es miembro de las fuerzas de servicio militar o miembro de una autoridad de servicio militar extranjero.
   - A personas autorizadas a conducir investigaciones especiales de seguridad nacional y actividades de inteligencia.
   - Compensación a Trabajadores. Si es apropiado daremos información sobre su salud referente a beneficios que haya recibido por causa de accidentes de trabajo.

- Información con respeto al abuso del alcohol y drogas tiene una protección de privacidad especial. UT Health Science Center no dará información que le identifique como paciente ni información médica referente al tratamiento de sustancias tóxicas sin el permiso por escrito del paciente, para dar tratamiento, sobre pagos y operaciones de acuerdo a la ley.
- Para llevar a cabo tratamientos del cuidado de su salud, sobre pagos, y manejo de operaciones a través de asociados de negocios, como instalar un nuevo sistema de computación.

4. **Su Autorización es Requerida Para Otras Revelaciones.** Excepto como se ha descrito arriba, no usaremos o revelaremos información médica sin que UT Health Science Center tenga un permiso por escrito del paciente. Por ejemplo, no usaremos sus fotografías para presentaciones fuera de UT Health Science Center sin su permiso por escrito. Usted podrá retractarse o retirar su permiso en cualquier momento y la fecha de vigencia será un día después de recibir sus instrucciones de retiro por escrito.

5. **Usted Tiene Derechos Con Respecto A Información De Su Salud.** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información medica, si hace la petición en las formas que UT Health Science Center provee:

   - **Derecho a pedir restricciones.** Usted puede pedir limitaciones en la información de su salud que nosotros usamos o revelamos acerca de su tratamiento de salud, sobre pagos o operaciones del cuidado de su salud, aunque no es requerido cumplir con su petición. Por ejemplo, usted puede pedir que no revelemos que tuvo un procedimiento en particular. Pero si es necesario, se dará información en caso de emergencia para su tratamiento.
   - **Derecho a comunicaciones confidenciales.** Usted puede pedir que las comunicaciones sobre la información referente a su salud sean manejadas de cierta manera o en un cierto lugar, pero es necesario que nos indique como y donde desea ser localizado.
   - **Derecho de revisar y hacer copias.** Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su expediente médico o de su salud. Posiblemente habrá un costo por las copias, envío y materiales. En ciertas ocasiones, su petición puede ser rechazada. Usted puede pedir que se haga una revisión del rechazo de su petición por otro profesional licenciado en servicios de cuidado medico seleccionado por UT Health Science Center. UT Health Science Center cumplirá con los resultados de dicha revisión.
   - **Derecho a pedir enmienda.** Si usted cree que la información que tenemos referente a su salud es incorrecta o esta incompleta, usted puede solicitar una enmienda llenando la forma que UT Health Science Center provee. UT Health Science Center puede no aceptar esta enmienda.
   - **Derecho a rendición de cuentas de información revelada.** Usted podrá pedir una lista de la información revelada acerca de su salud a personas o entidades que no tengan ninguna relación con los tratamientos del cuidado de su salud, pagos o manejo de operaciones durante los últimos seis (6) años, pero no antes del 14 de Abril de 2003. Probablemente habrá un costo después de la primera petición.
   - **Derecho de obtener una copia de este Aviso.** Usted puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento aunque haya recibido una copia electrónica. Usted puede obtener una copia electrónica de este Aviso en nuestro sitio Web (web site), http://www.uthscsa.edu/hipaa/patientrights.html. Si desea mas información sobre estas prácticas, consulte dicho sitio donde encontrará información mas detallada con relación a este Aviso.

6. **Requisitos Con Respecto a Este Aviso**. La ley requiere que UT Health Science Center le de una copia de este Aviso. Cumpliremos con este requisito mientras este vigente. UT Health Science Center podrá hacer cambios a este Aviso y estos cambios afectarán la información actual referente a su salud que tenemos así como cualquier otra información que recibamos en el futuro. Cada vez que usted se registre en UT Health Science Center para servicios de cuidado médico, usted podrá recibir una copia del Aviso que esté vigente en el momento.

7. **Quejas** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede quejarse con el Oficial de Privacidad (Privacy Officer) (210-567-2014) en UT Health Science Center o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos (Secretary of the United States Department of Health and Human Services). Nosotros no tomaremos ninguna represalia en su contra en caso de que usted ponga una queja con UT Health Science Center o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Comuníquese con el Oficial de Privacidad en UT Medicine San Antonio al (210) 257-1627 si:

- **Usted tiene cualquier pregunta sobre este Aviso;**
- **Usted desea pedir restricciones con respecto a la información médica que nosotros usamos o damos para el tratamiento de su salud, sobre pagos, para manejo de operaciones, o**
- **Usted desea obtener una forma para ejercer sus derechos individuales descritos en el párrafo 5.**

POR FAVOR, CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SUS ARCHIVOS.

UT MEDICINE SAN ANTONIO
UT HEALTH SCIENCE CENTER™
WE MAKE LIVES BETTER

Reconocimiento Sobre Recibo de Nota Prácticas Privadas

Adjunto encontrara UT Health Science Center's Nota de Prácticas Privadas. Su nombre y firma en esta pagina indicara que usted a recibido una copia de UT Health Science Center's Nota de Prácticas Privadas en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta sobre la información en la Nota de Prácticas Privadas de UT Health Science Center, por favor pregunte al personal de la clínica. Si usted necesita mas información, por favor de llamar al Oficial de Privacidad al (210) 257-1627.

✦✦✦✦✦

Autorización

¿Usted autoriza que su familia inmediata miembro (s) de tener acceso a sus registros médicos y de la información?

- ☐ Sí
- ☐ No

Si la respuesta es Sí, lista el nombre(s) de la AUTORIZADO miembro(s) de la familia:

_____

_____

_____

_____
Nombre de Paciente / Representante de Paciente (Manuscrito)

_____ _____
Si es el Representante, indique la relación (Manuscrito)

_____
Firma

_____ Fecha
Nota Recibida

_____
Firma del Testigo y Fecha

✦✦✦✦✦

POR FAVOR TRAER EL FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO CON USTED EN SU VISITA LA CLÍNICA.