AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulger su información de salud y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, reviselo detenidamente.

1. PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Proteger la privacidad del paciente es una prioridad en Lamprey Health Care (LHC). Seguimos estrictas directrices federales y estatales para mantener la confidencialidad de la información de salud protegida (PHI). La ley nos exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y cumplir con los términos de este Aviso u otro Aviso en vigor en el momento de uso de su información.

2. CÓMO UTILIZAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA

Cuando visita Lamprey Health Care, utilizamos su información de salud para tratarlo, obtener pago por los servicios y realizar operaciones comerciales normales conocidas como operaciones de atención médica. No necesitamos su permiso para compartir esta información. Ejemplos de cómo utilizamos su información incluyen:

A. **Tratamiento**: Utilizamos y divulgamos PHI para proporcionar tratamiento y otros servicios, por ejemplo, para diagnosticar y tratar su lesión o enfermedad. Además, nosotros, o uno de nuestros Asociados Comerciales, podemos contactarlo para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento que pueden interesarle. Podemos divulgar PHI a otros proveedores involucrados en su tratamiento. También podemos usar y divulgar información de salud para comunicarnos con usted sobre recordatorios de citas y otros asuntos. Podemos contactarlo por correo, teléfono o correo electrónico. Podemos dejar mensajes de voz al número de teléfono que nos proporcione y podemos responder a su correo electrónico.

B. **Pago**: Podemos usar y divulgar PHI para obtener pago por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, para el pago de su aseguradora de salud, o de otra empresa que cubre el costo de su atención médica.

C. **Operaciones de Atención Médica**: Podemos usar y divulgar PHI para nuestras operaciones de atención médica, que incluyen diversas actividades que mejoran la calidad y la efectividad de costos de la atención que le brindamos. Por ejemplo, podemos usar PHI para evaluar la calidad y competencia de nuestros médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud. Podemos divulgar PHI a nuestros Directores de Sitio, Director Médico y/o Jefe de Servicios Clínicos para resolver quejas.

3. ASOCIADOS COMERCIALES

A veces podemos divulgar PHI a organizaciones o individuos que nos ayudan a realizar algunas operaciones de atención médica. Por ejemplo, tenemos un contrato de asociado comercial con nuestra empresa de almacenamiento de registros y para servicios de destrucción. Nuestros acuerdos con estos "Asociados Comerciales" garantizan la protección continua de la privacidad de esa información de salud protegida.

4. 4. INFORMACIÓN QUE PODEMOS COMPARTIR SIN SU PERMISO ESCRITO

En casos limitados, estamos autorizados o requeridos a divulgar información de salud sin su permiso escrito. Estas situaciones se describen a continuación:

A. **Divulgación a familiares, amigos cercanos y otros cuidadores**: Podemos usar o divulgar cierta PHI relevante a un familiar, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted cuando esté presente o disponible antes de la divulgación. Si usted se opone a tales usos o divulgaciones, notifíquenos al Equipo Médico o al Proveedor. Si usted no está presente, está incapacitado o en una circunstancia de emergencia, podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si una divulgación es en su mejor interés. Si divulgamos información, solo compartiremos información directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o el pago relacionado con su atención médica. También podemos divulgar PHI para notificar (o ayudar a notificar) a tales personas sobre su

ubicación, condición general o fallecimiento. Si se opone a tales usos o divulgaciones, notifíquenos al Oficial de Privacidad.

B. **Actividades de Salud Pública**: Podemos divulgar PHI para las siguientes actividades de salud pública: (1) informar información de salud a autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) informar sobre abuso y negligencia infantil a autoridades de salud pública autorizadas por la ley para recibir tales informes; (3) informar sobre productos y servicios bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.; (4) alertar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y (5) informar a su empleador según lo requerido por las leyes que abordan enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o la vigilancia médica en el lugar de trabajo.
C. **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica**: Si creemos razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar PHI a una autoridad gubernamental, incluyendo una agencia de servicios sociales o de protección, autorizada por la ley para recibir informes de dicho abuso, negligencia o violencia doméstica.
D. **Actividades de supervisión de salud**: Podemos divulgar PHI a agencias gubernamentales de supervisión para actividades autorizadas por la ley, incluyendo, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.
E. **Procedimientos judiciales y administrativos**: Podemos divulgar PHI en el curso de un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden legal u otro proceso legal.
F. **Funcionarios de la ley**: Podemos divulgar PHI a la policía u otros funcionarios de la ley según lo requerido o permitido por la ley o en cumplimiento de una orden judicial o una citación de gran jurado o administrativa
G. **Fallecidos**: Podemos divulgar PHI a un forense o médico forense o director de funerarias según lo autorizado por la ley.
H. **Obtención de órganos y tejidos**: Podemos divulgar PHI a organizaciones que facilitan la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
I. **Investigación**: Podemos usar o divulgar PHI sin su consentimiento o autorización si un Comité de Revisión Institucional/Comité de Privacidad aprueba una exención de autorización para la divulgación.
J. **Salud o seguridad**: Podemos usar o divulgar PHI para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
K. **Funciones gubernamentales especializadas**: Podemos usar o divulgar PHI a unidades del gobierno con funciones especiales, como el Ejército de EE. UU. o el Departamento de Estado de EE. UU., a agencias de Seguridad Nacional e Inteligencia y para servicios de protección del Presidente y otros.
L. **Compensación de trabajadores**: Podemos divulgar PHI según lo autorizado y en la medida necesaria para cumplir con leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similare
M. **Según lo requiera la ley**: Podemos usar y divulgar PHI cuando se requiera hacerlo por cualquier otra ley no ya mencionada en las categorías anteriores.
N. **Recaudación de fondos**: Podemos contactarlo para fines de recaudación de fondos; sin embargo, tiene el derecho de optar por no recibir este tipo de comunicaciones.

5.USO Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU PERMISO ESCRITO

A. **Uso o divulgación con su autorización**: Para cualquier propósito diferente a los descritos en la Sección 4, solo usaremos o divulgaremos su PHI cuando nos dé su permiso por escrito. La divulgación de PHI para fines de marketing y la venta de PHI requieren su permiso por escrito.
B. **Usos y divulgaciones de su información altamente confidencial**: Las leyes federales y estatales requieren consentimiento especial para la divulgación de cierta información sensible sobre usted, incluyendo: tratamiento de abuso de drogas y alcohol, tratamiento psiquiátrico, pruebas de VIH/SIDA, pruebas de enfermedades de transmisión sexual y pruebas genéticas.

6.DERECHOS DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

A. **Derecho a solicitar restricciones**: Tiene el derecho de pedir que limitemos cómo usamos o divulgamos su PHI. También puede tener el derecho de solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o el pago por su atención. Estamos obligados a aceptar su solicitud solo si: (1) excepto según lo requerido por la ley, la divulgación es a su plan de salud y el propósito está relacionado con el pago u operaciones de atención médica (y no con fines de tratamiento), y (2) su información se refiere exclusivamente a servicios de atención médica por los cuales ha pagado en su

totalidad. Para otras solicitudes, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia.
B. **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales**: Puede solicitar, y nosotros acomodaremos, cualquier solicitud escrita razonable para que reciba PHI por medios de comunicación alternativos o en lugares alternativos.
C. **Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud**: Puede solicitar acceso a sus registros médicos y de facturación mantenidos por nosotros para inspeccionar y solicitar copias de los registros, incluyendo en formato electrónico. Todas las solicitudes de acceso deben hacerse por escrito. En circunstancias limitadas, podemos negar su acceso a sus registros. Si desea acceso a sus registros, obtenga un formulario de solicitud de registro. Permita 30 días para las solicitudes de registro y 60 días para una enmienda de registro. Si solicita copias, puede aplicarse una tarifa según lo permitido por la ley de New Hampshire RSA 332-I:1 sobre Registros Médicos.
D. **Derecho a revocar su autorización**: Puede revocar su autorización, excepto en la medida en que hayamos tomado medidas en confianza en ella, entregando una declaración de revocación por escrito al Oficial de Privacidad.
E. **Derecho a enmendar sus registros**: Tiene el derecho de solicitar que enmendemos PHI mantenida en sus registros médicos y de facturación. Si desea enmendar sus registros, obtenga un formulario de solicitud de enmienda en el Departamento de Registros Médicos. Todas las solicitudes de enmiendas deben hacerse por escrito. Revisaremos su solicitud para enmendar su PHI y responderemos dentro de 60 días.
F. **Derecho a recibir un informe de divulgaciones**: A solicitud por escrito, puede obtener un informe de ciertas divulgaciones de PHI durante los seis años anteriores.
G. **Derecho a recibir una copia en papel de este aviso**: A solicitud por escrito, puede obtener una copia en papel de este aviso, incluso si aceptó recibir dicho aviso electrónicamente.
H. **Derecho a notificación de violación**: La ley federal nos exige notificarle sobre una violación de su PHI. Esta notificación se le enviará por escrito y describirá los detalles de la violación. Este aviso también contendrá información de contacto para que pueda hacer preguntas sobre la violación.

7. MÁS INFORMACIÓN: QUEJAS

Si desea más información sobre sus derechos de privacidad, está preocupado de que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. El Oficial de Privacidad puede proporcionarle la dirección a solicitud. No lo discriminaremos por presentar una queja.

FECHA DE EFECTO

Este aviso es efectivo el 14 de abril de 2003.
Actualizado en septiembre de 2013.
Actualizado el 28 de junio de 2016.
Actualizado el 10 de julio de 2019.

8. DERECHO A CAMBIAR LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si cambiamos este aviso, podemos hacer que los nuevos términos sean efectivos para toda la PHI que mantenemos, incluida cualquier información creada o recibida antes de emitir el nuevo aviso. Si cambiamos este aviso, publicaremos el aviso revisado en las áreas de espera de la práctica y en nuestro sitio web en https://www.lampreyhealth.org. También puede obtener cualquier aviso revisado contactando al Oficial de Privacidad.

OFICIAL DE PRIVACIDAD

Puede contactar al Oficial de Privacidad en:
207 South Main Street
Newmarket, NH 03857
Tel. (603) 244-7329

Una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en https://www.lampreyhealth.org en la sección titulada Recursos para Pacientes - Políticas del Centro de Salud.

Reconocimiento de aviso de prácticas de privacidad

Reconocimiento
Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de revisar y recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica.

Consentimiento y autorización
Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Lamprey Health Care a divulgar toda la información contenida en mis registros financieros, médicos y de contacto, incluidos diagnósticos y resultados de pruebas, a mi compañía de seguros o plan de salud, sus agentes y contratistas independientes, a terceros socios comerciales que suministrar bienes o servicios a esta oficina, donde dichos bienes/servicios requieren acceso a dicha información, o a cualquier otra persona o entidad que sea responsable de pagar o procesar el pago, de cualquier parte de mi factura, para fines de administración, facturación y calidad y gestión de riesgos. Este consentimiento se aplica a todos los registros creados durante y en relación con mi tratamiento y con el propósito de reembolso por el tratamiento.

Derecho a rescindir o revocar la autorización

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.
- Entiendo que la revocación NO se aplicará a la información que ya ha sido divulgada.
- La información utilizada o divulgada conforme a la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida. Entiendo que esta autorización vencerá dentro de un año a partir de hoy.
- Puedo solicitar inspeccionar o copiar cualquier información utilizada o divulgada en virtud de este acuerdo.

Aceptación de prácticas de privacidad
Ponga sus iniciales aquí*. _____
He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida como se indica.

¿Su relación con el paciente? _____