



AVISO NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI) PUEDE SER USADA Y/O DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **POR FAVOR REVISELA CON MUCHO CUIDADO.**

RESPONSABILIDAD LEGAL:

El Hospital Bella Vista tiene obligación legal según requerido por *La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos del 1996* (conocida como "Ley HIPAA") de mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud. Así también, nos es requerido proveerle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Hospital Bella Vista debe regirse por los términos de este aviso. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Esta notificación aplica a la prestación de servicios de salud del Hospital, Subsidiarias, servicios ambulatorios y/o clínicas externas.

NUESTRO COMPROMISO CON RELACIÓN A LA INFORMACIÓN MÉDICA:

El Hospital Bella Vista comprende que la información médica y la salud suya son asuntos privados. Estamos comprometidos con la protección de su información médica. Todos los cuidados y servicios que usted recibe se reúnen en un expediente médico. Este expediente médico es necesario para proporcionarle una atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación aplica igual para toda la información generada por la institución, ya sea provista por su médico de cabecera, como por otro tipo de profesional. Su médico de cabecera puede tener políticas y notificaciones diferentes referentes a su uso y divulgación de información médica creada en la oficina de ese médico.

¿Qué es información de salud protegida? Es información que lo identifica a usted (nombre, apellido, seguro social); información sociodemográfica, la cual es obtenida de usted mediante una solicitud de servicio, creada o recibida por el proveedor de salud, un plan médico o intermediarios, socios de negocios y que esta relacionados a (1) su salud condición física o mental, presente, pasada y futura, (2) prestación de servicios de cuidado de salud, (3) pagos pasados, presentes o futuros por la prestación de servicios.

I. COMO PROTEGEMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD:

- Utilizamos salvaguardas administrativas, físicas y técnicas implementadas para mantener la integridad, confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Nuestros empleados están capacitados sobre nuestras políticas y procedimientos relacionados a la privacidad y la protección de los datos.
- Tenemos políticas y procedimientos implementados que restringen el uso y divulgación al mínimo necesario.
- Hemos implementados procesos apropiados para asegurar el cumplimiento con nuestras políticas de Privacidad y Seguridad de la información protegida de salud.

II. ¿PARA QUÉ PROPÓSITO EL HOSPITAL BELLA VISTA PUEDE USAR Y/O DIVULGAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD?

Este aviso incluye ejemplos ilustrativos y no deben considerarse un inventario completo de nuestro manejo de información de salud. Nuestro compromiso es limitar la información que recopilamos al mínimo necesario. A continuación, proveemos ejemplos en los que estamos autorizados a utilizar y divulgar su información médica. No se mencionan todas las categorías, sin embargo, las categorías principales se derivan de:

- a. **Para Tratamiento:** Podemos usar su información protegida de salud para proveerle tratamiento o servicios médicos. Facilitaremos información a médicos, enfermeros, técnicos, terapeutas u otro personal que este envuelto en el cuidado médico y/o tratamiento. Por ejemplo, un médico que lo trate por una fractura en una pierna, puede que necesite saber si usted sufre de diabetes ya que esta dolencia podría alargar el proceso de recuperación; además, el médico podría tener que informárselo a una dietista para que le provea la dieta adecuada. Otros departamentos del Hospital Bella Vista también podrían compartir su información a fin de coordinar todo lo que usted pueda necesitar, tal como recetas, exámenes de laboratorio, radiografías, plan de altas, etc. También se podría divulgar su información protegida de salud a personas fuera del Hospital Bella Vista que estén envueltas con los cuidados de salud que usted pueda necesitar, tal como miembros de su familia (que usted ha designado para obtener información), ministros u otros que le provean de otros servicios para su continuidad de cuidado o para coordinar el plan de alta.
- b. **Para Pagos:** Podemos hacer uso de su información y/o cederla a su póliza de seguro médico de manera que el tratamiento y los servicios que usted recibe puedan ser presentados para su cobro a una compañía de seguros o a una tercera persona. Por ejemplo, la compañía de seguros necesita saber si usted fue sometido a una operación para poder pagarnos la cuenta o reembolsarle a usted el servicio. También podemos usar o revelar su información protegida de salud para obtener una aprobación previa por parte del seguro p para determinar si el seguro pagara el tratamiento
- c. **Para operaciones:** El Hospital Bella Vista podría usar y divulgar su información protegida de salud para operaciones internas. Esto es necesario para asegurarnos que todos nuestros pacientes reciben el mejor tratamiento posible. Por ejemplo; podemos combinar información de muchos pacientes para decidir qué tipo de servicio adicional debemos ofrecer, que servicios no son necesarios y cuales tratamientos nuevos son efectivos.
- d. **Otros usos y divulgaciones:** Como parte de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica, el Hospital Bella Vista también podrá usar la información de salud con los siguientes fines:
 - **Socios de Negocio:** Nuestro uso de información de salud para el tratamiento, pago u operaciones pueden involucrar divulgación de su información de salud a ciertos individuos o entidades con las que hemos contratado para llevar a cabo o proporcionar ciertos servicios en nuestro nombre (Socios de Negocio). Estos socios de negocios incluyen abogados, contadores, consultores, compañías de procesamiento de reclamaciones y otros terceros. Estos socios de negocios pueden volver a divulgar su información de salud a contratistas para que estos contratistas puedan proporcionar servicios a los Socios de Negocios. Estos contratistas están sujetos a las mismas restricciones y condiciones que aplican a nuestros socios de negocios. Cuando el acuerdo con un Socio de Negocio involucre el uso o divulgación de información de salud protegida tendremos un contrato escrito con nuestros Socios de Negocio que contendrá los términos diseñados para proteger la privacidad de su información de salud.
 - **Citas:** El Hospital Bella Vista podría usar y/o divulgar su información para coordinar citas, dar seguimientos de algún tratamiento, para recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica.

- **Investigación:** Para propósitos de investigación bajo ciertas circunstancias limitadas. Los proyectos de investigación se encuentran sujetos a un proceso de aprobación especial, Por tanto, no usaremos ni divulgaremos información médica para propósitos de investigación hasta que el proyecto de investigación en particular para el cual se use o divulgue haya sido aprobado a través de este proceso de aprobación especial.
- **Para Efectos de Compensaciones por Accidente en el Trabajo de Automóviles:** Su información de salud protegida puede ser usada y/o divulgada para cumplir con las leyes y reglamentaciones vigentes en Puerto Rico con relación a la compensación por accidentes del trabajo y/o automóviles.
- **Para Efectos de Cumplimiento con Determinadas Leyes Estatales:** Su información protegida de salud puede ser usada y/o divulgada para cumplir con aquella legislación de Puerto Rico que lo requiera para propósitos de registro, como, por ejemplo: Alzheimer, cáncer, virus del SIDA, diabetes y otros. Además, en cumplimiento de aquellas leyes estatales de protección social tales como abuso de menores, conservación de la salud de niños y adolescentes y violencia doméstica, abuso o negligencia, entre otras.
- **Bajo las Disposiciones de la Ley de Salud Mental de Puerto Rico:** Su información protegida de salud relacionada a su salud mental o emocional puede ser usada y/o divulgada solo bajo términos, condiciones, a las personas y entidades permitidas, según dispone la Ley Número 408 del 2 de octubre de 2000, artículos 2.08, 2.10, 2.13, 2.14, 2.a6, entre otros.
- **Actividades de Recaudaciones de Fondos/Sangre:** El Hospital Bella Vista podría usar y/o divulgar su información protegida de salud o su información personal para propósitos de llevar a cabo actividades de recaudaciones de fondos o de sangre relacionados directamente a usted. Sin embargo, usted tiene derecho a solicitar el no recibo dichas comunicaciones.
- **Servicios y Beneficios Relativos al Cuidado de la Salud:** Podemos usar y revelar su información protegida de salud para informarle a usted sobre sus servicios y beneficios relacionados con el cuidado de la salud que pudiera interesarle.
- **Directorio del Hospital:** Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras este internado. Esta información puede incluir nombre y número de habitación. El personal del hospital podrá responder a preguntas de amigos, familiares, clero y otros que pregunten acerca de usted mientras sea paciente del hospital, en cuanto a su nombre y ubicación dentro del hospital. Usted puede restringir el uso u divulgación de su información médica para estos fines por escrito en el formulario correspondiente.
- **Actividades de Monitoreo de Agencias Reguladoras:** Podemos divulgar información de salud a una agencia reguladora y/o acreditadora para propósitos de auditoria, monitoreo de cumplimiento con la regulación, investigaciones, inspecciones o licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para monitorear el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Salud y Seguridad Pública:** Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley para los siguientes propósitos:
 - Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, etc.
 - Monitoreo de Agencias Reguladores y Prevención de Fraude
 - Respuestas a órdenes judiciales o administrativas
 - Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad pública

- **Donación de Órganos y Tejidos:** Si usted es donante de órganos, el Hospital Bella Vista podrá revelar su información protegida de salud a organizaciones que manejen la obtención de órganos, ojos o tejidos para trasplantes o un banco de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación o el trasplante.
- **Militares y Veteranos:**
Si usted es miembro de las fuerzas armadas, el Hospital Bella Vista podrá revelar su información protegida de salud cuando las autoridades militares competentes lo requieran. Podemos también divulgar información protegida de salud de personal militar extranjero o autoridades militares extranjeras pertinentes.
- **Reclusos:**
Si usted es prisionero en una cárcel o correccional o se encuentra bajo custodia de un representante de la ley, el Hospital Bella Vista podrá revelar su información protegida de salud a dicha institución o al representante de la ley que lo custodia. La información revelada sería necesaria para: (1) administrarle cuidados médicos; (2) proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; (3) proteger la salud y seguridad de la institución penal.
- **Personas Involucradas en su Tratamiento o en el Pago por Cuidarte:** Podemos revelar información protegida de salud a las personas que usted designe, miembros de la familia o seres significativos que estén involucrados en el cuidado de su salud o que contribuyan con el pago de su tratamiento. Podemos informarle también a su familia o seres significativos sobre su ingreso al hospital o muerte y su estado de salud. Además, en caso de emergencia o muerte, por algún desastre, podemos revelar la información médica suya a las instituciones de ayuda que pudieran notificar a su familia sobre su estado de salud y donde usted se encuentra. Usted puede restringir esta divulgación por escrito en el formulario designado.
- **Agentes de Orden Público:** El Hospital Bella Vista podrá divulgar su información médica si nos es requerido por un agente de orden público para los siguientes usos:
 - En respuesta a una orden del tribunal, suplica, citación, emplazamiento o proceso similar,
 - Para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo o persona perdida.
 - Para dar información de la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no logramos obtener el visto bueno de esa persona.
 - Para dar información de una muerte que se cree puede ser el resultado de conducta criminal.
- **Procedimientos legales:** El Hospital Bella Vista podrá usar y divulgar su información médica durante el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo en cumplimiento con alguna orden (en la medida en que dicha divulgación este expresamente autorizada) o en respuesta a una citación, una solicitud de descubrimiento de prueba u otro proceso autorizados por Ley.
- **Patólogos forenses y directores funerarios:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud a un patólogo forense para efectos de identificar una persona fallecida, determinar causa de muerte o para que se realice tareas autorizadas por ley. También podemos divulgar información a directores funerarios para que puedan realizar sus deberes relacionados con difuntos.

III. DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN DE PACIENTE:

Excepto para los propósitos identificados en la sección anterior, no usaremos ni divulgaremos la información médica para ningún propósito al menos que usted nos entregue una autorización específica por escrito para hacerlo. Si nos entrega la autorización, usted puede retirar esta autorización

por escrito en cualquier momento. Para retirar la autorización, debe notificar al personal del Departamento de Manejo de Información.

IV. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS SOBRE SU INFORMACION DE SALUD

1. **Acceso:** Usted tiene derecho a inspeccionar y solicitar copia de su información de salud. Para revisar u obtener copias de su información médica, debe completar una solicitud por escrito a estos efectos en el Departamento de Manejo de Información/ división de Divulgacion de Información del Hospital. Se cobrará un cargo razonable por las copias de su información médica, confirme a lo dispuesto en la ley federal o estatal vigente. Tendrá derecho a solicitar dicha información en formato electrónico si la misma pudiera ser producida en dicho formato salvaguardando la seguridad, de lo contrario se podrá hacer entrega de la información a papel. En determinadas situaciones se le puede negar el acceso a la información médica, por ejemplo, en casos de expedientes de salud mental, según lo dispuesto por ley. El tal caso, podrá solicitar al Departamento de Manejo de Información reconsiderar dicha determinación.
2. **Derecho a recibir copia impresa de este aviso:** Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso de prácticas de privacidad.
3. **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso y divulgación de información médica relacionado con actividades pertinentes a tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de salud, excepto en el caso de una emergencia. Usted también tiene el derecho de solicitar la limitación de divulgación de la información médica a una persona, tal como un miembro de la familia o un amigo que esté involucrado en su tratamiento o en el pago de los cuidados médicos, no obstante, el Hospital Bella Vista no está obligado en aceptar tal restricción. Esta solicitud de restricción deberá ser presentada por escrito completando el formulario correspondiente.
4. **Derecho a Solicitar Comunicación en Forma Confidencial:** Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de los asuntos médicos en cierta forma y en determinada ubicación. Por ejemplo, que nos comuniquemos solo a su trabajo o por correo. En adición, tiene el derecho a solicitar que cualquier documento que contenga información confidencial, le sea enviado a otra dirección si ello pone en peligro su salud o bienestar.
5. **Derecho a restringir información al Plan Medico:** Tiene el derecho de restringir que el plan médico accécese información sobre procedimientos que hayan sido pagados en su totalidad por usted.
6. **Derecho a Notificación sobre fuga de información:** Usted tiene derecho a ser notificado si ha si habido una fuga de información y personas no autorizadas han tenido acceso a su información médica protegida.
7. **Derecho a enmendar:** Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su información de salud que cree está incompleta o incorrecta. El Hospital Bella Vista podrá denegar esta solicitud si (1) la enmienda solicitada no fue creada por el hospital, (2) no es información que custodiamos, (3) no es información a la que se le permite inspeccionar o copiar, (4) determinamos que la información es precisa y completa.
8. **Derecho a Revisar el Registro de Divulgaciones No Rutinarias:** Usted tiene el derecho a solicitar una revisión del registro de divulgaciones no rutinarias, esto es, una lista de divulgaciones no rutinarias de su expediente médico. La solicitud deberá establecer un periodo no mayor de seis (6) años y no incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003 e indicar la forma en que desea la lista, por ejemplo, si es en papel o en forma electrónica. La primera lista que solicite durante los primeros doce (12) meses será sin costo alguno (gratis); las listas adicionales tendrán costos de procesamiento, los cuales se le

informarán previamente para que usted decida si elige retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que se haya incurrido en algún costo.

9. **Derecho a comunicación confidencial:** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean dirigidas mediante ciertos medios o ciertos lugares. Por ejemplo, puede especificar que lo llamemos únicamente al número provisto de su casa y no al número de trabajo. Para esto, debe presentar una solicitud por escrito especificando como y donde podemos comunicarnos con usted en el Departamento de Manejo de Información y/o en el formulario provisto.
10. **Aviso en caso de violaciones de Privacidad y Seguridad en que su información de salud esté en riesgo:** Usted tiene derecho a ser notificado de manera oportuna si ocurre algún incidente que comprometa la privacidad, seguridad y confidencialidad de su información protegida de salud.

V. **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si interesa obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas puede comunicarse con nosotros. Si usted entiende que sus derechos de privacidad han sido violentados o que alguno de nuestros socios de negocio ha incurrido en alguna infracción a sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión nuestra sobre el acceso a su información de salud, usted tiene derecho a presentar su queja en la siguiente dirección:

Oficina de Contacto: Departamento de Cumplimiento/ Legal

Atención: Oficial de Cumplimiento

Teléfono: (787) 834-6000

Ext: 3006 o 3003

E-mail: confidencial@bvhpr.org / legal@bvhpr.org

Dirección: P.O Box 1750 Mayagüez, P.R. 00680

Usted también puede someter su queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud Federal (DHHS) a la siguiente dirección:

Mailing Address: 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201.

Email: vog.shh@tnialpmoCRCO

Customer Response Center: (800) 368-1019 Fax: (202) 619-3818 TDD: (800) 537- 7697

Fecha de efectividad: 23 de septiembre de 2003

Fecha de enmienda: 23 de septiembre de 2013

Fecha revisión: 11 de mayo 2023