

**East Carolina Neurology**  
**y**  
**MRI of Eastern Carolina**  
**Aviso de prácticas privadas**  
**Vigente a partir de: 4/14/2003**  
**Revisado: 2/17/2010**

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEA ATENTAMENTE ESTE AVISO.**

*Este aviso se proporciona en cumplimiento de lo exigido por la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996. En este aviso, se describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (protected health information, PHI) para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, además de otros fines que permita o exija la ley. La PHI abarca toda su información de salud, oral o escrita, incluidos los datos demográficos que pueden utilizarse para identificarlo. Esta es la PHI que es creada o recibida por East Carolina Neurology, o su subsidiaria MRI of Eastern Carolina, y que se relaciona con su estado físico o mental pasado, presente o futuro.*

**Explicación sobre la información de salud**

Cada vez que usted visita un hospital, un médico u otro proveedor de atención médica, se crea un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, diagnósticos, tratamientos y un plan para la atención o el tratamiento futuros. Esta información, generalmente denominada historia clínica o registro de salud, se utiliza como:

- base para planificar su atención y tratamiento
- medio de comunicación entre los diversos profesionales de la salud que contribuyen a su atención
- documento legal que describe la atención que usted recibe
- medio por el cual usted o un tercero pagador pueden verificar que los servicios facturados se prestaron realmente
- instrumento para educar a los profesionales de la salud
- fuente de datos para la investigación médica
- fuente de información para los funcionarios de salud pública responsables de mejorar la salud de la nación
- instrumento con el cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención ofrecida y los resultados obtenidos

**Derechos sobre su información de salud**

Si bien la historia clínica es propiedad física del establecimiento, en este caso, East Carolina Neurology, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

- Solicitar una restricción para ciertos usos y divulgaciones de su información según se establece en 45 CFR 164.522.  
No estamos obligados a aceptar las restricciones que usted solicite; sin embargo, aunque aceptemos su solicitud, es posible que en ciertas situaciones no se cumplan las restricciones por usted solicitadas. Estas situaciones incluyen tratamientos de emergencia y divulgaciones al Secretary del Department of Health and Human Services, por ejemplo. Para solicitar una restricción, puede comunicarse con el Privacy Officer y completar un formulario de Request for Restriction of Protected Health Information (Solicitud de restricción de la divulgación de la información de salud protegida).
- Solicitar una restricción de divulgación de un artículo o servicio de atención médica pagado completamente de su propio bolsillo, según se establece en (ARRA) H.R. 1-150, artículo 13405.  
Los pacientes que pagan el monto total del tratamiento de sus propios bolsillos tienen el derecho de solicitar que la información pertinente a ese caso no se divulgue a sus compañías de seguros. Para solicitar esta restricción, puede comunicarse con el Privacy Officer, completar un formulario de Request for Restriction of Protected Health Information (Solicitud de restricción de la divulgación de la información de salud protegida) y proporcionar pruebas de que dicho caso se pagó por completo.
- Recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida, según se establece en 45 CFR 164.522, cuando corresponda.  
Usted tiene el derecho de indicar cómo y dónde debemos comunicarnos con usted respecto de su información de salud protegida. Su solicitud debe presentarse por escrito. Debemos cumplir con las solicitudes razonables, pero, cuando corresponda, podemos condicionar ese cumplimiento a que usted nos proporcione información sobre cómo se manejará el pago, si corresponde, y a que nos indique una dirección alternativa u otro método de contacto. Para solicitar comunicaciones alternativas, puede completar un formulario de Request for Restriction of Protected Health Information (Solicitud de restricción de la divulgación de la información de salud protegida). Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.
- Revisar su historia clínica y obtener una copia de ella, según se establece en 45 CFR 164.524.  
Tiene el derecho de ver y recibir una copia de la PHI incluida en los registros clínicos, los registros de facturación y demás registros que se utilizan para tomar decisiones sobre usted. Su solicitud debe presentarse por escrito y debe incluir un documento de identificación con fotografía, como una licencia de conducir, o la firma autenticada por notario para obtener el

acceso. Es posible que le cobremos los costos correspondientes. En lugar de proporcionarle una copia completa de la PHI, es posible que le entreguemos un resumen o una explicación de su PHI, si acepta por anticipado el formato y el costo del resumen o de la explicación. Existen ciertas situaciones en las que no estamos obligados a cumplir con su solicitud. En tales circunstancias, le responderemos por escrito e indicaremos el motivo por el cual no cumpliremos con su solicitud y describiremos los derechos que usted pueda tener para solicitar una revisión de nuestra denegación. Para ver y recibir una copia de la PHI, puede comunicarse con el Health Information Management Services Department.

- Modificar su historia clínica, según se establece en 45 CFR 164.526.

Tiene el derecho de solicitar que realicemos modificaciones a los registros clínicos, registros de facturación y otros registros que se utilizan para tomar decisiones sobre usted. Su solicitud debe presentarse por escrito y debe incluir sus motivos para solicitar la modificación. Podemos denegar su solicitud si: 1) la información no fue creada por nosotros; 2) la información no forma parte de los registros utilizados para tomar decisiones sobre usted; 3) creemos que la información es correcta y completa; o 4) usted no tendría el derecho de ver y copiar el registro según lo indicado anteriormente. Para solicitar una modificación de su PHI, puede completar el formulario de Request for Amendment (Solicitud de modificación) que puede obtener del Privacy Officer.

- Obtener una lista de las divulgaciones de su información de salud, según se establece en 45 CFR 164.528.

Si lo solicita por escrito a nuestra persona de contacto, usted tiene el derecho de recibir una lista por escrito de algunas de las divulgaciones que realizamos hasta seis (6) años antes de su solicitud. Estamos obligados a proporcionar una lista de todas las divulgaciones, excepto de las siguientes:

- para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica;\*
- realizadas a usted o solicitadas o autorizadas por usted;
- realizadas a personas relacionadas con su atención, a fin de brindar información o notificación, o para otros fines descritos en este documento;
- permitidas por ley cuando el uso o la divulgación se relaciona con ciertas funciones gubernamentales especializadas o se relaciona con instituciones correccionales y en otras situaciones de custodia legal; y
- como parte de un conjunto limitado de información que no contiene cierta información que podría identificarlo.

\*ARRA exige la divulgación de las personas que tuvieron acceso a la historia clínica del paciente para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica para todos los sistemas de historias clínicas electrónicas que se adquirieron después de 2009. No obstante, a principios del 2010, el gobierno federal no había publicado los estándares técnicos para cumplir con tales exigencias. La norma definitiva se publicará a mediados de 2010. Hasta la fecha, el sistema de ECN se compró en el año 2004 y está exento de esta exigencia.

- Revocar su autorización para utilizar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que ya se haya realizado esa acción. Tiene el derecho de revocar (cancelar) una autorización que firmó. No divulgaremos su PHI después de recibir su cancelación, excepto en el caso de divulgaciones que estaban en proceso antes de recibir su cancelación.
- Obtener una copia impresa del aviso, cuando así lo solicite. Tiene el derecho de solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento; para ello, debe comunicarse con el Privacy Officer. Le entregaremos una copia de este Aviso antes de la fecha en que reciba nuestros servicios por primera vez (excepto para servicios de emergencia, y luego le entregaremos el Aviso tan pronto como sea posible).

## **Nuestras obligaciones**

- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con la información que recopilamos y mantenemos sobre usted. En este aviso, se describen los tipos de usos y divulgaciones que podemos realizar y se incluyen ejemplos. Además, podemos realizar otros usos y divulgaciones que se producen como consecuencia de los usos y divulgaciones permitidos que se describen en este aviso. Si participamos en un “acuerdo de atención médica organizada”, compartiremos mutuamente la información según sea necesario para realizar los tratamientos, los pagos y las operaciones de atención médica.
- Respetar los términos de este aviso.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada.
- Aceptar las solicitudes razonables que usted pueda tener para comunicar la información de salud por medios alternativos o a lugares alternativos.

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto según se describe en este aviso:

### **Utilizaremos su información de salud para realizar tratamientos.**

Por ejemplo, la información obtenida por un enfermero, un médico u otro miembro del equipo de atención médica se registrará en su historia clínica y se utilizará para determinar el tratamiento más adecuado para usted. Los miembros del equipo de atención médica también registrarán información sobre su respuesta al tratamiento. También proporcionaremos copias de diversos informes que puedan ayudar a su médico o proveedor de atención médica subsiguiente a tratarlo. Podemos enviar copias de informes al médico que lo derivó a

nosotros para una consulta. Además, podemos divulgar su PHI cuando lo derivamos a otro proveedor de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su PHI cuando usted necesite una receta, análisis de laboratorio, una radiografía u otros servicios de atención médica.

**Utilizaremos su información de salud para realizar pagos.**

Se puede enviar una factura a usted o a un tercero pagador. La información que se incluye en la factura, o que la acompaña, puede incluir información que lo identifica, además de su diagnóstico y los procedimientos y materiales utilizados. Antes de que usted reciba los servicios programados, podemos compartir información con sus planes de salud. Compartimos la información a fin de solicitar la cobertura de su plan o póliza y la aprobación del pago antes de prestar los servicios. También podemos compartir partes de su información médica con los siguientes establecimientos:

- departamentos de facturación;
- departamentos o agencias de cobranza, o abogados que nos ayudan con las cobranzas;
- compañías de seguros, planes de salud y los agentes que le proporcionan la cobertura;
- departamentos de hospitales que revisan la atención que usted recibió para controlar que dicha atención y los costos asociados con ella sean adecuados para su enfermedad o lesión; y
- agencias de verificación de crédito de consumidores (p. ej. oficinas de crédito).

**Utilizaremos su información de salud para realizar operaciones habituales de atención médica.**

Por lo general, estas actividades nos permiten mejorar la calidad de la atención que ofrecemos y reducir los costos de la atención médica. También podemos divulgar la PHI para las operaciones de atención médica de los acuerdos de atención médica organizada en los que participamos. Un ejemplo es la atención proporcionada por un hospital y los médicos que atienden a los pacientes en el hospital. Otros ejemplos de operaciones de atención médica incluyen distintas actividades comerciales, como las siguientes:

- **Socios comerciales:** en nuestra organización, algunos servicios se prestan a través de contactos con socios comerciales. Algunos ejemplos son los servicios de médicos en el departamento de emergencia y en radiología, ciertos análisis de laboratorio y un servicio de copias que utilizamos cuando hacemos copias de su historia clínica. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestro socio comercial para que pueda realizar el trabajo que le solicitamos y facturar a su tercero pagador los servicios prestados. Otro ejemplo es la labor de nuestro asesor legal. No obstante, a fin de proteger su información de salud, solicitamos al socio comercial que proteja debidamente su información. Estos socios comerciales aceptaron por escrito proteger la privacidad de toda la información médica que reciben.
- **Notificación:** podemos utilizar o divulgar información para notificarle o ayudar a notificar su ubicación y su estado general a un familiar, otro pariente, un amigo personal íntimo u otra persona responsable de su atención. Podemos verificar que tenga una cita con las personas que pregunten por usted por su nombre. Usted se puede oponer a estas divulgaciones. Si no se opone a estas divulgaciones o si podemos deducir de las circunstancias que no se opone o si determinamos, según nuestro criterio profesional, que a usted le conviene que divulguemos la información que es directamente relevante para la participación de la persona en su atención, podemos divulgar su PHI según lo indicado.
- **Comunicación con la familia:** los profesionales de salud, según su criterio, pueden divulgar a un familiar, otro pariente, un amigo personal íntimo o a otra persona que usted identifique, la información de salud relevante para la participación de esa persona en su atención o en los pagos relacionados con su atención. También podemos comunicarnos con usted por teléfono, contestador automático, correo postal u otros métodos, a menos que usted haya solicitado un método de comunicación alternativo que podamos aceptar razonablemente.
- **Investigación:** podemos divulgar información de salud a investigadores cuando el comité ejecutivo del establecimiento haya aprobado la investigación. Existirán protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información. Se le solicitará que firme una autorización para participar en la investigación si se utiliza información que lo identifique.
- **Directores de funerarias:** podemos divulgar información de salud a directores de funerarias, de conformidad con las leyes vigentes, para que realicen su labor.
- **Comercialización:** podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. Podemos informarle sobre tratamientos, servicios, productos u otros proveedores de atención médica. También podemos utilizar o divulgar la PHI para darle obsequios de poco valor. Solicitaremos su autorización por escrito para la participación en otros tipos de actividades de comercialización.
- **Indemnización laboral:** podemos divulgar información de salud en la medida en que se autorice y sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidentes de trabajo u otros programas similares establecidos por ley.

- **Salud pública:** según lo exija la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud pública responsables de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades.
- **Food and Drug Administration:** podemos divulgar a la FDA información de salud relativa a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, para la información de vigilancia de productos comercializados a fin de permitir el retiro, la reparación o el reemplazo de productos.
- **Instituciones correccionales:** si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o a los agentes de dicha institución la información de salud necesaria para su salud y la salud y seguridad de las demás personas.
- **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar información de salud para el cumplimiento de la ley, según se exija por ley o en respuesta a una citación u orden judicial válida.
- **Educación:** podemos utilizar su información para capacitar a estudiantes, pasantes, proveedores de atención médica u otros profesionales (por ejemplo, personal de facturación o asistentes, etc.) a fin de ayudarlos a practicar o mejorar sus habilidades.
- **Ayuda en caso de catástrofe:** podemos compartir su PHI con una agencia pública o privada (por ejemplo, The American Red Cross) para brindar ayuda en caso de catástrofe. Aunque usted se oponga, podemos compartir su PHI, si es necesario, en circunstancias de emergencia.

La ley federal establece que su información de salud debe divulgarse a la agencia de supervisión de la salud, la autoridad de salud pública o el abogado correspondiente, siempre que un miembro del personal o un socio comercial considere de buena fe que hemos incurrido en una conducta ilegal o que hemos infringido normas profesionales o clínicas y que ponemos potencialmente en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público en general.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer que las nuevas disposiciones entren en vigencia para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si se modificaran nuestras prácticas relacionadas con la información, publicaremos el aviso revisado y pondremos una copia a su disposición.

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto según se describe en este aviso. También dejaremos de utilizar o divulgar su información de salud después de recibir una revocación por escrito de la autorización según los procedimientos incluidos en la autorización.

## ***LEY ESTATAL DE CAROLINA DEL NORTE Y OTROS TEMAS***

Algunas leyes de Carolina del Norte le brindan mayor protección que las leyes federales que protegen la privacidad de su información médica, y cuando corresponda, cumpliremos con los requisitos de esas leyes estatales. Las siguientes leyes de Carolina del Norte pueden aplicarse al tratamiento que le brindamos:

- La ley de Carolina del Norte no sólo protege sus derechos de privacidad, sino también su relación con el médico. La ley estatal generalmente restringe nuestra divulgación de su información de salud en la mayoría de las instancias. No obstante, podemos divulgar su información de salud en la medida en que lo permita o exija la ley.
- La ley de Carolina del Norte protege la privacidad de las comunicaciones relacionadas con tratamientos de salud mental entre usted y su proveedor de atención de la salud mental. Antes de divulgar su información de salud mental a otras personas para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, le solicitaremos que firme un formulario por escrito para autorizarnos a divulgar la información.
- Si usted tiene una de varias enfermedades contagiosas específicas (por ejemplo, tuberculosis, sífilis o VIH/SIDA), la información sobre su enfermedad se considerará confidencial y se divulgará sin su autorización por escrito sólo en circunstancias limitadas. Sin embargo, es posible que no necesitemos obtener su autorización para informar sobre su enfermedad contagiosa a los funcionarios locales y estatales o para utilizar o divulgar la información de otra manera a fin de evitar la propagación de la enfermedad.
- La ley de Carolina del Norte generalmente exige que obtengamos su consentimiento por escrito antes de divulgar información de salud relacionada con sus servicios de tratamiento de salud mental, incapacidades de desarrollo o abuso de sustancias. Existen algunas excepciones a este requisito. Podemos divulgar esta información de salud a los miembros de nuestro personal, a nuestros asesores profesionales y a las agencias o personas que supervisan nuestras operaciones o que nos ayudan a cumplir con nuestras obligaciones para atenderlo. También podemos divulgar información a las siguientes personas:
  - (i) un proveedor de atención médica que le proporciona servicios médicos de emergencia; y
  - (ii) a otros profesionales o establecimientos de tratamiento de salud mental, incapacidades de desarrollo y abuso de sustancias cuando sea necesario para coordinar su atención o tratamiento. Si determinamos que existe una amenaza inminente para su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otra persona, podemos divulgar su información a fin de prevenir o reducir la amenaza. También divulgaremos su información si la ley nos lo exige, por ejemplo, cuando un tribunal ordena la divulgación,

cuando sospechamos que existe maltrato o abandono de menores o adultos incapacitados, y cuando uno de nuestros médicos considera que un cliente tiene una enfermedad contagiosa o está infectado con VIH y no cumple con las medidas de seguridad. Si consideramos que es lo más conveniente para usted, podemos divulgar su información para iniciar un procedimiento de tutela o internación involuntaria para usted. Cuando usted es internado en un establecimiento de tratamiento de salud mental, incapacidades de desarrollo o abuso de sustancias, o se le da el alta de dicho establecimiento, podemos divulgar esa información a un pariente cercano si consideramos que la divulgación es lo más conveniente para usted, pero sólo si usted no se opone. Si tiene un pariente cercano que participa activamente en su atención, y éste lo solicita, estamos obligados a proporcionarle información cuando usted es internado en un establecimiento, o se le da el alta; dicha información incluye la identificación del establecimiento, toda decisión suya de dejar el establecimiento en contra del criterio médico y los datos de derivaciones y citas para el tratamiento después del alta.

- Si usted nos solicita o recibe de nosotros servicios de tratamiento de abuso de sustancias, la ley federal generalmente exige que obtengamos su consentimiento por escrito antes de divulgar información que lo identificaría como toxicómano o paciente de servicios de tratamiento de abuso de sustancias. Existen algunas excepciones a este requisito. Podemos divulgar esta información dentro de nuestro programa a miembros de nuestro personal según sea necesario para coordinar su atención y a las agencias o las personas que nos ayudan a cumplir con nuestras obligaciones para atenderlo. Podemos divulgar información al personal médico en una emergencia médica.
- Si sospechamos que existe maltrato o abandono de un menor, la ley estatal exige que denunciemos el maltrato o el abandono al Department of Social Services, y podemos divulgar información sobre tratamientos de abuso de sustancias al presentar la denuncia. Divulgaremos su información si un tribunal nos lo ordena. Si usted comete un delito, o amenaza con cometer un delito, en las instalaciones de nuestro programa o contra el personal de nuestro programa, podemos denunciar la información sobre el delito o la amenaza a los agentes encargados de hacer cumplir la ley.

Disposiciones especiales para menores conforme a la ley de Carolina del Norte:

Según la ley de Carolina del Norte, los menores, con o sin el consentimiento del padre, madre o tutor, tienen el derecho de dar su consentimiento para los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades, incluidas las siguientes: enfermedades venéreas y otras enfermedades sobre las que se debe informar al Estado, embarazo, abuso de sustancias controladas o alcohol y perturbación emocional. Sin embargo, con relación a los servicios de aborto, la ley de Carolina del Norte exige el consentimiento del menor y del padre, madre o tutor o de un abuelo con el que el menor haya vivido durante al menos seis (6) meses, a menos que un tribunal determine que el menor solo puede dar el consentimiento para el aborto. Si usted es menor y da su consentimiento para uno de estos servicios, tiene toda la autoridad y los derechos incluidos en este Aviso respecto de ese servicio. Además, la ley permite que ciertos menores sean tratados como adultos a todos los efectos. Estos menores tienen todos los derechos y la autoridad incluidos en este Aviso para todos los servicios.

Para obtener más información o denunciar un problema

Si tiene preguntas o considera que se infringieron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Privacy Officer o la Office for Civil Rights. No habrá represalias por presentar una queja ante el Privacy Officer del establecimiento o la Office for Civil Rights. A continuación, se incluye la dirección del Privacy Officer y la Office for Civil Rights:

East Carolina Neurology  
2280 Hemby Lane  
Greenville, NC 27834  
Attention: Privacy Officer

O BIEN

Region IV, Office for Civil Rights  
US Department of Health and Human Services  
Atlanta Federal Center  
Suite 3B70, 61 Forsyth Street, SW  
Atlanta, GA 30303-8909  
Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

Si necesita más información, comuníquese con nuestro Privacy Officer al (252) 752-4848 o al (800)775-4840 (extensión 245).