



## **Aviso de prácticas de privacidad**

Este Aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a ella.

**¡LE ROGAMOS QUE LO REVISE DETENIDAMENTE!**

*Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003*

*Fecha de revisión: 1 de marzo de 2024*

### **ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SE APLICA A LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES:**

El Aviso describe las prácticas de privacidad de los proveedores de atención médica nombrados a continuación que participan en el Arreglo de Atención Médica Organizada (Organized Health Care Arrangement, OHCA) de The University of Kansas Health System. Un OHCA es un entorno clínicamente integrado en el que las personas reciben servicios de atención de salud de más de un proveedor o un sistema organizado de atención de salud en el que participa más de un proveedor de atención de salud.

El Arreglo de Atención Médica Organizada de The University of Kansas Health System se define como:

- The University of Kansas Health System, incluyendo:
  - The University of Kansas Hospital Authority y sus afiliados
  - The University of Kansas Health System, Great Bend y afiliados
  - The University of Kansas Health System, Olathe Health (Olathe Medical Center, Miami County Medical Center y Olathe Health Physicians)
  - Personal médico y proveedores acreditados por el personal médico
- The University of Kansas Physicians
- The University of Kansas Medical Center

Estos proveedores incluyen a sus empleados, personal, contratistas, aprendices, grupos de voluntarios, estudiantes y otros trabajadores de salud, incluidos los miembros del personal médico cuando brindan asistencia en las instalaciones del sistema de salud. Todas estas entidades, sitios y lugares se rigen por los términos de este Aviso. Además, estas entidades, sitios y lugares pueden compartir su información médica entre sí para tratamientos, pagos y/u operaciones de asistencia de salud, tal y como se describe en este Aviso.

Colectivamente, estas entidades se denominarán "nosotros" o "nos" en este Aviso. Podemos compartir información médica entre nosotros para fines de tratamiento, pago y operaciones. La ley nos permite hacerlo para brindar servicios de salud eficientes. Además, algunos proveedores de asistencia de salud del Acuerdo de Atención Médica Organizada de The University of Kansas Health System pueden participar en redes clínicamente integradas con fines de revisión conjunta de la utilización, evaluación y

mejora de la calidad o actividades de pago, y dichos proveedores pueden compartir información médica con los participantes de la red según sea necesario para llevar a cabo las actividades conjuntas de la red.

### **Descargo de responsabilidad importante**

Los proveedores arriba mencionados le entregan este Aviso conjunto. Cada proveedor que aparece en este Aviso conjunto es su propio proveedor de asistencia de salud. Cada proveedor es individualmente responsable de sus propias actividades. Esto incluye el cumplimiento de las leyes de privacidad y de todos los servicios de salud que brinda. No nos brindamos servicios de salud mutuamente ni en nombre del otro. Podemos compartir información de salud según lo permita la ley.

### **SUS DERECHOS**

*Usted tiene derecho a:*

- Obtener una copia de su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar una corrección de su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar una comunicación alternativa
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este Aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que participe en su atención
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

### **SUS OPCIONES**

*Usted tiene algunas opciones en cuanto a la forma en que utilizamos y compartimos la información cuando:*

- Informamos a familiares y amigos sobre su estado
- Proporcionamos ayuda en caso de catástrofe
- Lo incluimos en un directorio del hospital
- Brindamos servicios de psicoterapia
- Comercializamos nuestros servicios
- Recaudamos fondos
- Vendemos su información - Requiere su autorización

### **NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES**

*Podemos utilizar y compartir su información cuando:*

- Lo tratamos
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos servicios
- Ayudamos en cuestiones de salud pública y seguridad
- Investigamos
- Cumplimos la ley
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Trabajamos con un médico forense o director de funeraria
- Atendemos las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

## **SUS DERECHOS**

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

*Pregúntenos cómo solicitar lo siguiente:*

### **OBTENER UNA COPIA ELECTRÓNICA O EN PAPEL DE SU HISTORIAL MÉDICO**

- Puede solicitar, por escrito, ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y otra información de salud que tengamos sobre usted.
- También puede indicarnos que enviemos el historial a un tercero. Esta solicitud debe hacerse por escrito e indicarnos claramente a quién y dónde debemos enviar la copia del historial médico.
- Podemos proporcionarle el formulario adecuado para ayudarle a solicitar una copia de su historial médico y/o indicarnos que enviemos el historial a un tercero. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historial médico, normalmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud.
- Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos y no retendremos una copia de su historial médico debido a una factura médica impagada.
- Póngase en contacto con el Departamento de Divulgación de Información de Salud del centro correspondiente.
  - Kansas City – 913-588-2454 o [roi@kumc.edu](mailto:roi@kumc.edu)
  - Great Bend – 913-588-2454 o [roi@kumc.edu](mailto:roi@kumc.edu)
    - Los pacientes de Kansas City y Great Bend pueden solicitar una copia de su historia clínica a través de su cuenta de MyChart
  - Olathe Health – 913-791-4331 o [OH\\_roi@kumc.edu](mailto:OH_roi@kumc.edu)

### **SOLICITAR UNA CORRECCIÓN DE SU HISTORIAL MÉDICO**

- Puede solicitarnos, por escrito, que corriamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta.
- Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito en un plazo de 60 días. Los motivos de la denegación pueden ser, entre otros, los siguientes:

- La información no fue creada por ningún miembro del sistema de salud, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación.
- La historia clínica no forma parte del conjunto de historias clínicas designadas.
- La solicitud está relacionada con información que no se le permite inspeccionar y/o recibir una copia.
- Se determina que la información es exacta y completa.

### **SOLICITAR COMUNICACIONES ALTERNATIVAS**

- Puede solicitarnos, por escrito, que nos pongamos en contacto con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

### **SOLICITARNOS QUE LIMITEMOS LO QUE UTILIZAMOS O COMPARTIMOS**

- Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones y para otros fines limitados. Estas solicitudes deben hacerse por escrito, pero no estamos obligados a acceder a su petición (excepto en los casos descritos a continuación) y podemos decir "no" si ello pudiera afectar a su atención.
- Si paga un servicio o artículo de salud de su bolsillo en su totalidad en el momento del servicio, estamos obligados a aceptar su solicitud de no compartir esa información con su aseguradora si el propósito de la divulgación es para el pago o las operaciones. Le diremos que "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

### **OBTENER UNA LISTA DE LAS PERSONAS CON LAS QUE HEMOS COMPARTIDO INFORMACIÓN.**

- Puede solicitar, por escrito, una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicite, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las que se hayan realizado con fines de tratamiento, pago y/u operaciones de asistencia de salud y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable en función de los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses.

### **OBTENER UNA COPIA DE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD**

- El Aviso estará disponible previa solicitud, en nuestras oficinas y en nuestra página web. Puede solicitar una copia en papel de este Aviso en cualquier

momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

### **ELEGIR A ALGUIEN PARA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE**

- Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar ninguna medida.

### **PRESENTAR UNA QUEJA SI CREE QUE SE VIOLAN SUS DERECHOS**

- Nos comprometemos a proteger la privacidad y confidencialidad de su información de salud personal. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede ponerse en contacto con nosotros en el número de teléfono o la dirección que figuran al final de este Aviso.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 877-696-6775 o visitando HHS.gov.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### **SUS OPCIONES**

- Para determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.
- Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

### **EN ESTOS CASOS, USTED TIENE TANTO EL DERECHO COMO LA OPCIÓN DE DECIRNOS QUE:**

- No incluyamos su información en el directorio del hospital
- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en su cuidado
  - Solo divulgaremos la información de salud directamente relacionada con su participación en su atención o pago.
  - Si no puede indicarnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

## **EN ESTOS CASOS, NUNCA COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN A MENOS QUE NOS DÉ PERMISO POR ESCRITO:**

- Fines de marketing
- Venta de su información
- Compartir la mayoría de las notas de psicoterapia

## **EN CASO DE RECAUDACIÓN DE FONDOS:**

- Podemos ponernos en contacto con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no volvamos a hacerlo. Si no desea que nos pongamos en contacto con usted con fines de recaudación de fondos, puede ponerse en contacto con el equipo de Desarrollo de Fondos de The University of Kansas Health System en el 913-588-2800 o en FundDevelopment@kumc.edu.

## **TECNOLOGÍA ELECTRÓNICA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD:**

- El sistema de salud participa en el intercambio electrónico de información de salud, también denominado intercambio de información de salud (HIE). Esta tecnología permite a un proveedor realizar una única solicitud a través de una organización de información de salud (HIO) para obtener registros electrónicos de un paciente específico de otros participantes en el HIE con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención de salud y/u otros fines legales. Las HIO están obligadas a utilizar las salvaguardias adecuadas para evitar usos y divulgaciones no autorizados.
- A menos que usted indique lo contrario, su información de salud electrónica será accesible a través de una HIO a los destinatarios debidamente autorizados.
- Puede restringir el acceso a su información a través de una HIO enviando una solicitud de exclusión voluntaria del HIE a través de Kansas Health Information Technology (KanHIT), visitando KanHIT.org o llamando al Centro de asistencia de KanHIT al 785-296-0461. Aunque decida restringir el acceso, su información podrá seguir siendo intercambiada a través del HIE para los fines que exige la ley.
  - Comprenda que si elige restringir el acceso a su información de salud electrónica a través de una HIO, su información no estará fácilmente disponible a través del HIE en caso de emergencia.
  - Además, optar por no permitir que su información se comparta a través de una HIO no tendrá ningún efecto sobre los otros métodos que utilizamos para comunicar legalmente su información de salud.
  - Si recibe servicios de salud en un estado distinto de Kansas, pueden aplicarse normas diferentes en relación con las restricciones de acceso e intercambio de su información de salud electrónica. Le rogamos que se comunique directamente con su proveedor de servicios de salud de otro estado en relación con dichas normas.

## **Commonwell**

- Commonwell solo se aplica a Olathe Medical Center, Miami County Medical Center y Olathe Health Physicians. Commonwell permite a cada miembro

proveedor de atención de salud participante acceder a la información de salud que mantienen todos los demás proveedores de atención de salud participantes en Commonwell. Su información de salud se incluye automáticamente en el sistema Commonwell a menos que usted nos indique que desea que su información sea excluida. Para excluir su información de salud del sistema Commonwell, debe optar por no participar. Para excluirse o para preguntas sobre Commonwell, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad de Olathe Health en el 913-791-3548.

## **NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES**

¿Cómo utilizamos o compartimos normalmente su información de salud? Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

### **TRATAMIENTO**

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.
- Podemos utilizar su información de salud para informarle o recomendarle nuevas alternativas de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

*Ejemplo: Un médico que le está tratando por una lesión pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

### **FACTURAR SERVICIOS**

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Facilitamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague los servicios que ha recibido.*

### **DIRIGIR NUESTRA ORGANIZACIÓN**

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para dirigir nuestra organización, mejorar su atención y/o ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- Podemos ponernos en contacto con usted por teléfono, correo o medios electrónicos:
  - Como recordatorio de que tiene una cita para recibir tratamiento y servicios
  - En relación con la información sobre el tratamiento
  - Solicitándole que llene una breve encuesta sobre la atención y el servicio que ha recibido

*Ejemplo: Utilizamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.*

## **¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o exige que compartamos su información de otras formas, normalmente de forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones establecidas en la ley antes de poder compartir su información para estos fines.

### **HACER INVESTIGACIÓN**

- Utilizaremos y compartiremos su información médica para la investigación cuando sea aprobado a través de un proceso especializado para garantizar la privacidad de su información médica. También podemos compartir su información médica para preparar la realización de un proyecto de investigación y para ponernos en contacto con usted sobre la posibilidad de que se inscriba en un estudio de investigación. Si no desea que nos pongamos en contacto con usted con fines de investigación, llame al 913-945-7397. Haremos todos los esfuerzos razonables para evitar este contacto con fines de investigación. La exclusión voluntaria no se aplicará al uso de su información de salud para los fines de las secciones descritas anteriormente y no impedirá que sus proveedores hablen con usted sobre la investigación.

### **CUMPLIR LA LEY**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

### **RESPONDER A LAS SOLICITUDES DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

### **AYUDAR EN CUESTIONES DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD**

- Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones como:
  - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades (como registros de enfermedades o traumatismos)
  - Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o afección
  - Notificar nacimientos y defunciones
  - Ayudar a los fabricantes de productos de salud que puedan necesitar ponerse en contacto con usted acerca de un producto de salud necesario para su atención y/o para la retirada de productos del mercado
  - Informar sobre reacciones adversas a medicamentos
  - Informar sobre ciertos tipos de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica

- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

## **TRABAJAR CON UN MÉDICO FORENSE O DIRECTOR DE FUNERARIA**

- Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director de funeraria cuando fallece una persona.

## **RESPONDER A DEMANDAS Y ACCIONES LEGALES**

- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, una orden de registro o en respuesta a una citación judicial.

## **ATENDER SOLICITUDES DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES, DE LAS FUERZAS DEL ORDEN, DE RECLUSOS Y OTRAS SOLICITUDES GUBERNAMENTALES**

- Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:
  - Para reclamaciones de indemnización laboral
  - Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
  - Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
  - Con organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
  - Para funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

## **EMPLEADORES**

- En casos limitados, podemos revelar información de salud sobre usted a su empleador si le proporcionamos servicios de salud a petición de su empleador y le hemos notificado dichos servicios solicitados por el empleador.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES**

- Otros usos y divulgaciones de su información de salud no contemplados en las secciones anteriores de este Aviso solo se realizarán con su permiso o autorización por escrito.
- En algunos casos, las leyes estatales o federales pueden exigirnos que obtengamos su consentimiento previo por escrito antes de divulgar información sobre determinadas afecciones de salud o tipos de tratamientos, como trastornos por consumo de sustancias o salud mental.

## **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y tener copias a su disposición si las solicita.

*Si desea obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), visite [HHS.gov](http://HHS.gov).*

## **CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO**

Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible previa solicitud, en nuestras oficinas y en nuestra página web.

**Para obtener información sobre cómo presentar sus solicitudes por escrito o si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o nuestras prácticas de privacidad, consulte la información de contacto que figura a continuación.**

### **The University of Kansas Health System – Kansas City, Privacy Officer**

2330 Shawnee Mission Pkwy, Suite 200  
Westwood, KS 66205  
913-588-2526 o llame gratis al 844-527-0597

### **The University of Kansas Health System – Great Bend, Risk Manager and Privacy Liaison**

514 Cleveland St.  
Great Bend, KS 67530  
620-603-7430

### **The University of Kansas Health System – Olathe Health (Olathe Medical Center, Miami County Medical Center, and Olathe Health Physicians), Privacy Officer**

20333 W. 151<sup>st</sup> St.  
Olathe, KS 66061  
913-791-3548 o llame gratis al 855-340-4200