

**Fecha de vigencia de este aviso: 23 de July de 2021**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Martin Luther King, Jr. Community Healthcare se compromete a proteger la privacidad de la información de salud que creamos o recibimos sobre usted. La información de salud que le identifica incluye sus registros médicos y otra información relacionada con su atención o pago por atención.

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES.** La ley nos exige que:

- Registremos la atención que le proporcionamos;
- Mantengamos la privacidad de su información de salud según lo exige la ley;
- Le enviemos este aviso para informarle cómo utilizamos y compartimos su información;
- Le informemos sobre sus derechos a la información de salud;
- Le informemos si se infringe su información de salud;
- Le hagamos saber si hay cambios en este aviso; y
- Respetemos los términos del aviso vigente actualmente.
- Mantenemos su privacidad de acuerdo con HIPAA durante 50 años después de su muerte.

**¿QUIÉN DEBE RESPETAR LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO?** Las prácticas de privacidad de este aviso se aplican a nuestros:

- Médicos y miembros de nuestro personal médico;
- Empleados, personal contratado, voluntarios y otros miembros de nuestra fuerza laboral;
- Socios comerciales con quienes compartimos información de salud; y,
- Nuestros socios afiliados.

Su médico personal puede tener políticas diferentes sobre cómo se utiliza y comparte su información de salud en su consultorio o clínica.

**RECEPCIÓN DE ESTE AVISO.** Le solicitaremos que firme una declaración de que recibió este aviso, excepto en una situación de emergencia. Esta declaración no significa que está de acuerdo con el aviso, solo que lo recibió. Le brindaremos tratamiento incluso si no

firma la declaración.

**CAMBIOS A ESTE AVISO**

Podemos hacer cambios a nuestro aviso de prácticas de privacidad que cubrirá toda la información de salud que poseemos. Si nuestras prácticas cambian, publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. También puede solicitarnos una copia del nuevo aviso.

**SUS DERECHOS**

Tiene determinados derechos sobre cómo se utiliza y comparte su información, incluidos los derechos mencionados a continuación. Debemos solicitar su permiso por escrito si deseamos compartir su información por cualquier otro motivo que no esté mencionado en este aviso. Si desea obtener más información sobre estos derechos, puede comunicarse con nuestro Departamento de Información de Salud al (424) 338-8006.

**INSPECCIONAR Y COPIAR**

Puede ver o solicitar una copia impresa o electrónica de su registro médico, registros de facturación y otros registros que utilicemos para tomar decisiones sobre su atención. Esta solicitud debe efectuarse por escrito. También puede solicitarnos que entreguemos una copia de su información de salud a otra persona o entidad. Es posible que no pueda obtener una copia de la información de salud mental. A veces existe un pequeño cargo para cubrir el costo de realización de las copias. Podemos rechazar su solicitud en circunstancias limitadas. Si no proporcionamos una copia de su información, puede solicitar una revisión de nuestra decisión. Un médico diferente revisará su solicitud. Acataremos dicha decisión.

**SOLICITAR UN CAMBIO**

Puede solicitarnos por escrito que realicemos un cambio en su información de salud si hemos creado dicha información de salud y aceptamos que es incorrecta o está incompleta. Si no aceptamos realizar el cambio, puede agregar una declaración a su información de salud que indique por qué cree que debe modificarse.

**PREGUNTAR QUIÉN HA RECIBIDO SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Puede solicitarnos que le informemos con quién compartimos su información. Para solicitar esta información, envíe una carta a la persona de contacto que figura al final de este aviso. La lista que le proporcionemos

no tendrá información sobre:

- Cuándo utilizamos o compartimos su información para su atención médica;
- Cuándo utilizamos o compartimos su información para recibir un pago;
- Cuándo utilizamos o compartimos su información para nuestras operaciones comerciales; o,
- Cuándo compartimos su información debido a que nos solicitó compartirla con usted o con otras personas.

### **SOLICITAR QUE NO COMPARTAMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Puede solicitarnos que no compartamos su información de salud. Si no desea que compartamos información de su registro médico, comuníquese con el Departamento de Información de Salud (la información de contacto está al final de este aviso) por escrito e infórmenos:

- La información que no desea que utilicemos ni compartamos;
- Cómo desea que limitemos la forma de compartir su registro de salud;
- Quién no desea que vea su información de salud

No tenemos que aceptar su solicitud. Si aceptamos su solicitud, no compartiremos su información a menos que tengamos que hacerlo por motivos de emergencia o requerimientos legales. Puede decidir permitarnos comenzar a compartir su información de nuevo en cualquier momento si así nos lo indica por escrito.

Si usted u otra persona paga sus servicios médicos de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos información

### **SOBRE DICHSO SERVICIOS DE SALUD CON SU SEGURO MÉDICO**

Debemos aceptar no compartir esta información a menos que la ley nos exija lo contrario.

### **SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

Puede solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted de determinada manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted solo en el hogar o por correo.

### **RECIBIR UN AVISO SOBRE UN INCUMPLIMIENTO**

Si determinamos que su información de salud no protegida se ha utilizado o compartido indebidamente (llamado un “incumplimiento”), le enviaremos un aviso de conformidad con todos los requerimientos establecidos por la ley estatal y federal.

### **COPIA DE ESTE AVISO**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en el lugar donde recibe atención en el hospital. También puede imprimir este aviso desde nuestro sitio web <https://www.mlkch.org>. Si necesita una copia del aviso en un formato alternativo debido a una discapacidad, háganoslo saber.

### **CÓMO PODEMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Esta sección describe algunas de las formas en las que podemos compartir su información de salud. No necesitamos pedirle permiso para hacer las cosas mencionadas en esta sección.

### **TRATAMIENTO**

Utilizamos y compartimos su información de salud para brindarle tratamiento o servicios de salud. Podemos hablar con otros médicos sobre su atención, el grupo medico compartirán su información para prestarle los servicios que necesita, como análisis de laboratorio y radiografías. El grupo medico también pueden compartir su información de salud con los proveedores de la comunidad para coordinar y administrar su atención.

### **PAGO**

Utilizamos y compartimos su información de salud para obtener el pago por los servicios de salud que le prestamos. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su seguro médico para determinar si pagará un tratamiento o procedimiento que recibirá. También podemos comunicarnos con el asegurador para recibir el pago por los servicios que prestamos. Puede solicitarnos que no compartamos su información de salud con su seguro médico si usted u otra persona pagan sus servicios médicos de su bolsillo y en su totalidad. Debemos aceptar su solicitud a menos que la ley nos exija compartir su información.

### **ADMINISTRAR EL GRUPO MEDICO**

Compartimos su información de salud para administrar nuestro hospital, mejorar la calidad de nuestra atención y atender nuestras necesidades comerciales. Por ejemplo,

podemos comparar la información de salud que tenemos con otros médicos para ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos.

### **SOCIOS COMERCIALES**

Podemos compartir su información de salud con otras empresas que prestan servicios al grupo médico y necesitan esta información para prestar estos servicios, como servicios de facturación o auditoría. Nuestros socios comerciales deben proteger la privacidad y seguridad de su información de salud de conformidad con las leyes estatales y federales.

### **INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Podemos compartir su información de salud con otros hospitales, médicos o seguros médicos, según lo permita la ley, a través de un intercambio de información de salud por Internet. Esto nos permite compartir su información de salud para el tratamiento con su médico de atención primaria u otro hospital si participan en el mismo sistema de intercambio de información de salud. De esta forma, podemos tomar mejores decisiones sobre su atención. Usted puede decidir si desea que compartamos su información de esta manera. Si desea más información sobre el o los sistemas de intercambio de información de salud que utiliza nuestro hospital, comuníquese con nuestro departamento de Gestión de Información de Salud (información de contacto al final de este aviso).

### **REGISTRO DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA (CALIFORNIA IMMUNIZATION REGISTRY, CAIR)**

Podemos compartir sus registros de vacunación o examen de tuberculosis (TB) con el registro de vacunación del estado, una base de datos segura y confidencial. Si no desea que esta información se comparta con otros usuarios del registro, comuníquese con la Mesa de Ayuda del CAIR al 1-888-436-8320.

### **RECORDATORIOS DE CITAS**

Podemos utilizar y compartir su información de salud para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita de atención médica en nuestro hospital. A menos que nos indique lo contrario, podemos utilizar la información de contacto que proporcione para comunicarle información general sobre su atención como el lugar de la cita, departamento, lugar y hora.

### **RECAUDACIÓN DE FONDOS**

Podemos utilizar o compartir su información de salud con una fundación que apoye a nuestros médicos, y

comunicarnos con usted con respecto a nuestras actividades de recaudación de fondos. Puede solicitarnos que no le enviemos información sobre las actividades de recaudación de fondos. Si recibe una solicitud, contendrá información sobre cómo indicarnos que no le enviemos solicitudes en el futuro. Puede cambiar de opinión y volver a recibir esta información en cualquier momento.

### **AMENAZA SERIA A LA SALUD Y SEGURIDAD**

Podemos utilizar y compartir su información cuando sea necesario para evitar una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros. Solo compartiremos su información con alguien que pueda evitar o responder ante la amenaza, como un oficial de policía o una posible víctima. Por ejemplo, podemos compartir información con las fuerzas policiales para evitar daños a otra persona.

### **OTRO INTERCAMBIO DE SU INFORMACIÓN DE SALUD. LA LEY NOS PERMITE COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD CON:**

- Agencias de salud pública para evitar o controlar enfermedades; informar nacimientos y fallecimientos; proporcionar estadísticas sanitarias, informar comportamientos de riesgo e informar defectos de los productos o reacciones a los medicamentos.
- Agencias gubernamentales o aplicación de la ley cuando sospechemos abuso, abandono o violencia doméstica;
- Su empleador para la evaluación de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, de conformidad con las leyes de indemnización laboral;
- Una escuela como prueba de la vacunación de un estudiante con algunos requisitos;
- Agencias de control sanitario según lo permita la ley, como el Departamento de Salud Pública de California o el Centro para Servicios de Medicare y Medicaid para inspecciones, auditorías y cumplimiento con leyes de derechos civiles;
- Agencias gubernamentales para funciones gubernamentales especiales como actividades militares, de seguridad e inteligencia nacional y protección del Presidente;
- Agencias de ayuda para catástrofes como la Cruz Roja, para que pueda notificarse a su familia sobre su afección, estado y ubicación.

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

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

### **PARA CUMPLIMIENTO DE LA LEY**

Podemos compartir su información de salud con funcionarios policiales y de aplicación de la ley.

- En respuesta a procesos legales;
- Para proporcionar información limitada para identificar o ubicar a un sospechoso;
- Para brindar información sobre víctimas de delitos;
- Para denunciar un fallecimiento que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- Para denunciar una conducta delictiva que se produce en el hospital o en las instalaciones del hospital; y,
- Para denunciar en emergencias cuando se sospecha que se ha cometido un delito.

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

Podemos compartir información con una organización para colaborar con la donación de órganos, ojos o tejidos.

### **MÉDICO FORENSE, MÉDICO LEGISTA O DIRECTOR DE FUNERARIA**

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

### **INVESTIGACIÓN**

Podemos proporcionar información estadística de salud sobre usted (sin incluir su nombre, dirección u otra información que pueda identificarlo) para operaciones de investigación, salud pública o atención médica. La persona que recibe esta información la protege y no la utiliza para identificarlo. Otras actividades de investigación exigen su permiso escrito para utilizar su información de salud. La investigación realizada sin su permiso debe atravesar un proceso de revisión independiente para garantizar que la investigación plantee un riesgo mínimo para su privacidad.

### **SI ES UN RECLUSO**

Podemos compartir su información de salud con una institución carcelaria o prisión o con un oficial de aplicación de la ley para proporcionarle atención médica y proteger su salud y seguridad y la salud y seguridad de los demás.

### **SI ES MENOR DE EDAD**

Podemos compartir su información con su padre/madre o tutor, excepto cuando la ley del estado limite el intercambio de su formación de salud con sus padres, tutores u otras personas en una condición similar.

### **USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD QUE PUEDE LIMITAR O SOLICITAR QUE NO SE REALICEN EN ABSOLUTO**

Existen situaciones en las que puede aceptar, o no permitir, que se comparta su información de salud. Si nos permite compartir su información, puede cambiar esta decisión en cualquier momento.

### **DIRECTORIO DEL HOSPITAL**

A menos que nos indique lo contrario, podemos utilizar su nombre, ubicación en el hospital y su estado de salud en general (regular, buena, grave, crítica) en nuestro directorio. Esta información puede proporcionarse a cualquier persona que pregunte por usted por su nombre. También proporcionamos su religión a los miembros del clero. En una emergencia, podemos compartir esta información si creemos que redundará en su beneficio.

### **NOTIFICACIÓN A LA FAMILIA**

A menos que nos indique lo contrario, podemos utilizar información para comunicarnos con un miembro de la familia, representante personal u otra persona que sea responsable de su atención para hacerles saber que está en el establecimiento e informarles sobre su estado general.

### **MIEMBROS DE LA FAMILIA Y AMIGOS**

A menos que nos indique lo contrario, podemos compartir su información de salud con un miembro de la familia, otro familiar, representante personal, amigo cercano o cualquier persona que esté involucrada en su atención o pago por su atención.

### **MEJOR JUICIO**

Podemos compartir su información de salud si está presente y acepta permitirnos compartir su información o si podemos determinar que acepta que compartamos su información de salud con base en las circunstancias dadas. Por ejemplo, cuando le pide a un amigo que ingrese en una sala de examen con usted. Si no está presente, podemos decidir compartir parte de su información de salud si redundará en su beneficio.

### **CUÁNDO NECESITAMOS SU PERMISO PARA**

No podemos compartir su información de salud sin su permiso por escrito, por motivos distintos a los indicados anteriormente. No utilizaremos ni compartiremos su información de salud sin su permiso por los motivos que figuran a continuación.

### **ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN**

Podemos utilizar su información para informarle sobre nuestros propios servicios de atención médica y con algún otro fin limitado. Si recibimos cartas de pacientes, miembros de sus familias y amigos sobre su estadía en el hospital y la atención que recibieron, podemos compartir estas cartas después de eliminar su nombre y otra información identificadora para proteger su privacidad. Para toda otra actividad de promoción, necesitamos su permiso.

### **INFORMACION ESPECIAL DE SALUD**

Las leyes estatales y federales establecen protecciones especiales de privacidad de determinada información sumamente confidencial sobre usted. Esto incluye información en notas de psicoterapia o información sobre (1) servicios de salud mental y discapacidades de desarrollo; (2) prevención, derivación y tratamiento de consumo excesivo de alcohol y drogas; (3) pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA; (4) enfermedades contagiosas; (5) pruebas genéticas; (6) abuso y abandono infantil; (7) abuso doméstico o de personas mayores; u (8) ataque sexual. Esta información no puede compartirse a menos que así lo permita la ley sin su permiso por escrito.

Si nos da permiso para compartir o utilizar su información de salud al completar un formulario de autorización, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Esto no afectará la información que ya se haya compartido, pero dejaremos de compartir su información a partir de la fecha de su autorización.

### **CONTACTOS:**

**Si tiene consultas sobre su registro médico, para solicitar una restricción o modificación o para obtener una copia de su registro médico, comuníquese con:**

#### **Expedientes Médicos**

Martin Luther King, Jr. Community Hospital  
1680 E. 120th  
Street Los Ángeles,  
CA 90059 (424)  
338-8006

**Si tiene inquietudes sobre una posible violación de sus derechos de privacidad, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad:**

Oficina de Cumplimiento  
Martin Luther King, Jr. Community Hospital  
1680 E. 120th Street Los  
Ángeles, CA 90059 (424)  
338-8758  
MLK-Compliance@mlkch.org

**También tiene derecho a presentar un reclamo ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en:**

DHHS  
Oficina de Derechos Civiles de la Región IX  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
(800) 368-1019

La presentación de un reclamo no afectará el tratamiento o la cobertura que pueda recibir.

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

### ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Aviso de prácticas de privacidad del Martin Luther King, Jr. Community Medical Group describe cómo podemos utilizar y compartir su información de salud. Firme como prueba de recepción de una copia de este aviso.

Firma: ..... Fecha: .....

.....  
(Paciente/Representante legal)

Si firma alguien más que no es el paciente, indique la relación:

.....  
Nombre en letra de imprenta: .....  
(Representante legal)

Testigo: ..... Fecha: .....  
(Representante del Grupo Medico)

### COMPLETE SI NO SE OBTUVO LA CONFIRMACIÓN POR ESCRITO

Documente sus esfuerzos por obtener la confirmación y el motivo por el que no se obtuvo (coloque una inicial).

1. .... Aviso de prácticas de privacidad entregado - El paciente no pudo firmar
2. .... Aviso de prácticas de privacidad entregado - El paciente se rehusó a firmar
3. .... Aviso de prácticas de privacidad y confirmación enviado al paciente
4. .... 4. Otro motivo por el que el paciente no firmó: .....