

## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

***ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.***

***POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE***

### **¿QUÉ ES LO QUE CUBRE ESTA NOTICIA?**

> Información sobre su condición médica, su tratamiento, o pagos por el tratamiento médico **que podría ser usado para identificar quien es usted;**

> Información en la posesión de Community Outreach Medical Center. Esto aplica a todo el personal, voluntarios, contratistas, aprendices, o cualquier otra persona trabajando en Community Outreach Medical Center que pueda tener acceso a su información médica.

### **COMO COMMUNITY OUTREACH MEDICAL CENTER USARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Community Outreach Medical Center tiene permitido usar y divulgar a otros fuera de Community Outreach Medical Center su información médica sin su permiso para algún tipo de actividad básica y algunas situaciones o circunstancias específicas. Se describen a continuación.

- ***Tratamiento*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información médica con otros fuera de Community Outreach Medical Center con el fin de proveer servicios médicos apropiados a usted.
- ***Pagos*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información médica con otros fuera de Community Outreach Medical Center con el fin de enviar un estado de cuenta por los servicios que recibe.
- ***Operaciones Médicas*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información médica con otros fuera de Community Outreach Medical Center con el fin de ejecutar bien el programa y garantizar servicios de alta calidad.
- ***Recordatorios de Citas*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información para mandarle recordatorios de la citas que tiene para su tratamiento.
- ***Beneficios y Servicios Relacionados con su Tratamiento*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información para avisarle sobre beneficios o servicios relacionados con su tratamiento que le pueden ser de interés.
- ***Actividades Para Recaudar Fondos*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información para contactarnos con usted sobre actividades para recaudar fondos para Community Outreach Medical Center, por Community Outreach Medical Center, o de parte de nosotros por otros.
- ***Directorio de Participantes*** – Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio de participantes de la agencia mientras sea cliente de la agencia. Esto incluye información como su nombre, programa de la agencia, y su afiliación religiosa.
- ***Individuos Involucrados en su Cuidado o que Pague por su Cuidado*** – Tenemos permitido divulgar su información médica a cualquier entidad asistiendo en un esfuerzo de socorro en case de un desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado, y ubicación.
- ***Estudios*** – Bajo ciertas circunstancias, tenemos permitido usar y divulgar su información médica con el propósito de investigación/estudio científico.
- ***Requerido por Ley*** – Divulgaremos su información cuando es requerido por la ley.

- ***Para Evitar Una Amenaza Grave a su Salud o su Seguridad*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona.
- ***Donación de Órganos y Tejidos*** – Si está registrado para donar o ser recipiente de órganos y/o tejidos, podemos divulgar su información médica a las organizaciones encargadas de obtener órganos, de trasplantar órganos, ojos, y tejidos, o a un banco de donaciones de órganos para apoyar el proceso.
- ***Compensación de Trabajadores*** – Tenemos permitido divulgar su información para compensación del trabajador o programas similares.
- ***Riesgos de Salud Pública*** – Tenemos permitido usar o divulgar su información médica para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, para reportar nacimientos y muertes, para reportar abuso contra menores y negligencia, para reportar reacciones a medicamento o problemas con un producto, para notificar a personas sobre retiradas de productos que están usando, para notificar a una persona que haya sido expuesta a una enfermedad o esté en riesgo de contratar o diseminar una enfermedad u otra condición, y/o para notificar a una agencia de gobierno apropiada si creemos que un participante ha sido víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica.
- ***Personas Militares o Veteranos*** – Si eres miembro de las fuerzas armadas, podemos comunicar información médica sobre usted si es requerido por las autoridades comandantes militares. Al igual, podemos comunicar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.
- ***Actividades de Supervisión de la Salud*** – Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.
- ***Pleitos y Disputes Legales*** – Si está involucrado en un pleito o dispute legal, tenemos permitido usar o divulgar su información médica en respuesta de una orden administrativa o de la corte. Al igual, podemos comunicar información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento, u otro proceso de ley por otra persona involucrada en el dispute solo si han hecho esfuerzo para comunicarle de la petición o para obtener una orden para proteger la información solicitada.
- ***Cuerpos Policiales*** – Tenemos permitido divulgar su información médica si es requerida por cuerpos policiales en respuesta de una orden de corte, citación, orden de comparecencia, o un proceso similar; para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida; sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no es posible obtener consentimiento de la persona; sobre una muerte que creemos resultó de una conducta crimen; sobre conducta criminal en la clínica; y, en circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la ubicación de un crimen, o la identidad, descripción, o ubicación de la persona que cometió el crimen.
- ***Jueces de Instrucción, Médicos Forenses, y Directores de Funerarias*** – Tenemos permitido divulgar su información médica a un juez de instrucción o a un médico forense.
- ***Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia*** – Tenemos permitido divulgar su información médica a oficiales federales autorizados para inteligencia, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.
- ***Servicios de Protección Para el Presidente y Otros*** – Tenemos permitido divulgar su información médica a personal federal autorizado para que puedan proveer protección para el presidente, otras personas autorizadas, o jefes de estados extranjeros, o para conducir investigaciones especiales.
- ***Presidiario*** – Si eres presidiario de una instalación penitenciaria o bajo la custodia de un oficial de la ley, tenemos permitido divulgar su información médica a esa instalación penitenciaria u oficial de la ley.

## SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

- ***Autorización Para Usar Su Información*** – En orden de poder usar o divulgar su información, que no sea como se describió anteriormente, necesitaremos obtener su autorización escrita la cual puede revocar en cualquier momento para terminar cualquier uso y divulgación posterior.
- ***Derecho a Tener Acceso a su Información*** – Tiene el derecho a revisar y fotocopiar porciones o toda su información médica con la excepción de notas de psicoterapia, información que puede ser usada en una acción civil, criminal, o administrativa, o cuando es prohibido por la ley.
- ***Derecho a Corregir su Información*** – Tiene el derecho a hacer cambios a su información médica.
- ***Derecho a Solicitar que su Información Sea Proveída de una Cierta Manera*** – Puede pedir que cuando le mandemos su información, lo hagamos de manera que sea más conveniente para usted.
- ***Derecho a Restringir Su Información*** – Tiene el derecho de restringir el use de su información médica. Sin embargo, la organización puede optar por rechazar su restricción si está en conflicto de proveerle atención médica de calidad o en caso de una emergencia.
- ***Derecho a una Contabilidad de Nuestras Divulgaciones de su Información*** – Tiene el derecho a saber quién tiene acceso a su información médica y con qué propósito.
- ***Derecho a una Copia en Papel de Este Aviso*** – Tiene el derecho a poseer una copia de este Aviso de Privacidad a petición. La copia puede estar en forma de transmisión electrónica o en papel.

## DEBERES DE COMC CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Tenemos requerido proteger la privacidad de su información, establecer pólizas y procedimientos que lo hagan, proveer este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, y de seguir las prácticas descritas en este aviso. Reservamos el derecho de cambiar nuestras pólizas y procedimientos para proteger información médica. Cuando hagamos un cambio importante de como usamos y divulgamos su información médica, también cambiaremos este aviso y lo pondremos en nuestra sala de espera y en la área de registración. Puede pedir una copia escrita de la versión más reciente de esta noticia en cualquier momento. Community Outreach Medical Center puede negarle el acceso a su información médica si un proveedor médico licenciado determina que divulgarla podría poner en peligro a usted o a otra persona; su información médica refiere a un tercer partido y divulgarla podría dañar a esa persona; o si darle acceso a un representante personal puede dañarle o a otra persona.

## CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE CÓMO SE UTILIZA SU INFORMACIÓN MÉDICA

Si cree que no hemos protegido su privacidad apropiadamente, violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con las decisiones que hemos hecho sobre el acceso a su información médica, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de Community Outreach Medical Center por escrito dentro de 90 días de este descubrimiento. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los EE.UU. dentro de 180 días de este descubrimiento. El Oficial de Privacidad de Community Outreach Medical Center puede proveerle con el domicilio apropiado a petición. No será penalizado por presentar una queja. Para actuar sobre esta información proveída en este aviso o para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, puede contactar al Oficial de Privacidad de Community Outreach Medical Center por teléfono llamando al (702) 657-3873; por fax al teléfono (702) 636-0787; o por correo dirigido a [Community Outreach Medical Center Privacy Officer](mailto:Community Outreach Medical Center Privacy Officer), 1090 E Desert Inn Rd. Suite 200, Las Vegas, NV 89109.

**FECHA EFECTIVA DE ESTE AVISO:** Este aviso fue emitido el 1<sup>ro</sup> de Enero del 2021.



**RECONOCIMIENTO DE EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. Según lo dispuesto en nuestro aviso, los términos pueden cambiar. Las copias de este aviso siempre estarán disponibles en nuestra oficina y reflejarán cualquier cambio que hagamos a nuestro en el futuro. Por favor, firme y fechar a continuación para indicar que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Community Outreach Medical Center y una explicación de lo que contiene.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Nombre Escrito

Por favor circule uno:

Participante      Padre      Guardián Legal      Representante Personal      Agencia

Otro: \_\_\_\_\_

Lo siguiente es para ser completado por personal de Community Outreach Medical Center

Por favor marque el cuadro apropiado:

- El Aviso de Prácticas de Privacidad fue ofrecido y aceptado por el participante y el participante firmó este reconocimiento.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad fue ofrecido y aceptado por el participante y el participante se negó a firmar este reconocimiento.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad fue ofrecido y rechazado por el participante y el participante acordó firmar este reconocimiento.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad fue ofrecido y rechazado por el participante y el participante se negó a firmar este reconocimiento.

Representante de Personal: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_