



### Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe las prácticas de privacidad de Northwest Michigan Health Services, Inc. y todos sus centros de salud y profesionales sanitarios. Este aviso define cómo se puede usar y divulgar su información y cómo puede acceder a esta información. **Por favor revíselo cuidadosamente.**

#### Sus Derechos de Información de Salud

**Aunque sus registros médicos son propiedad física de NMHSI, la información le pertenece a usted. Usted puede ejercer los derechos a continuación en cualquier momento poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. Usted, o alguien que tenga el derecho legal para actuar en su nombre, tiene el derecho a:**

- Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información proporcionada por 45 CFR 164.522 y el Acto HITECH.
- Obtener el Aviso de Prácticas de Privacidad de nuestro sitio de web, o a cualquier de nuestros sitios de tratamiento.
- Revisar y solicitar una copia de Registros Electrónicos, en forma y formato, si es fácilmente producible como se establece en el Acto HITECH y 45 CFR 164.524. Si no es fácilmente producible, y mantenido en papel, entonces una copia impresa legible. Usted está autorizado ver su información médica y tener una copia de su historial médico, a no ser que sea la nota privada tomada de su proveedor de salud mental o es parte de un caso legal. *Si usted es menor de 18 años, su pariente o guardián puede recibir su información médica sin su consentimiento, a no ser que sea capaz de consentir por su propio cuidado de salud. Sin embargo, la discreción del proveedor aplica a Salud Mental y servicios médicos específicos.*
- Solicitar que su información de salud sea mandada a otro proveedor de salud o otra persona, un formulario de autorización firmada la cual nos dice cual información, adonde, y a quien mandarlo debe ser llenado. Esta autorización es buena para datos específicos y tipos de información especificada en su forma de autorización. Si se requiere más información en una fecha posterior, un nuevo formulario de autorización debe ser firmado.
- Solicitar que su proveedor modifique historial médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.528. Usted recibirá una respuesta en 30 días de la solicitud. Si no estamos de acuerdo con la emenda, puede recibir su declaración de su desacuerdo adicionado a su información de salud.
- Obtener una contabilidad de las divulgaciones de información de salud, incluyendo divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud, como se indica en 45 CFR 164.528 y el Acto HITECH.
- Solicitar comunicaciones confidenciales de su información de salud por medios alternativos o a ubicaciones alternativas.
- Revocar su autorización por escrito, para usar o divulgar información excepto en la medida que esa acción ya se haya tomado.

**NMHSI es requerido por las leyes Estatales y Federales incluyendo la ley HIPAA, Código de Salud Mental de Michigan, Sec.748, Regla Federal 42 CFR Parte 2, Secciones R 325.14301 a 14306 de Reglas Administrativas para el Abuso de Sustancias y Reglas del Estado de Michigan para el Abuso de Sustancias y la Ley HITECH. Específicamente,**

- Mantener la privacidad de información de salud que lo identifica.
- Solo compartir la información sobre usted que el proveedor o el personal necesitan en ese momento para hacer nuestro trabajo.
- Proporcionarle con una aviso sobre nuestras prácticas al respecto de la información que colectamos/mantenemos sobre usted.
- Acomodar solicitudes razonables, usted puede tener que comunicar información de salud por medios alternativos o por ubicaciones alternativas (mandar avisos de citas por correo o dejar un mensaje de voz).
- Notificarlo en el evento de un incumplimiento de su información.

#### Deberes de NMHSI

- Prohibir la divulgación de su información de salud sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.
- Cumplir con los términos de la Noticia de Privacidad actualmente en efecto.

**Intercambio de Información de Salud:** NMHSI registra y transmite información de salud electrónicamente. La información médica se comparte para los fines descritos y está protegida electrónicamente a través de intercambios de información médica locales, estatales y nacionales. NMHSI participa en intercambios de información de salud, incluyendo el Great Lakes Health Exchange (GLHC), y puede participar en otros intercambios de información en el futuro.

**Cómo se puede utilizar su información médica: NMHSI puede usar información médica sobre usted para su tratamiento, para obtener pagos o para operaciones de atención médica y otros propósitos administrativos.**

**Tratamiento:** Es posible que tengamos que enviar su expediente médico a un especialista o médico como parte de la remisión para la continuidad de la atención.

**Pago:** Usaremos su información médica y otra información de identificación para facturar a Medicare, Medicaid u otros planes de seguro médico.

**Operaciones o Propósitos Administrativos:** Utilizamos su información cuando procesamos sus registros médicos para que estén completos y para comparar los datos de los pacientes para mejorar nuestros métodos de tratamiento. Podemos divulgar su información a nuestro socio comercial con el que contratemos para brindar un servicio en nuestro nombre que requiera el uso de su información médica. Podemos comunicarnos con usted o divulgar su información a nuestros asociados para fundaciones relacionadas con fines de recaudación de fondos. Tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones de recaudación de fondos.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enfermedad Comunicable</b> – Podemos divulgar su información personal, si lo autoriza la ley, a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o de otra manera pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Salud Pública</b> – Según lo que requiera la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Víctimas de Abuso o Negligencia</b> – Podemos divulgar su información personal a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluyendo los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cumplimiento de la Ley</b> – Podemos divulgar su información personal relevante a las fuerzas del orden cuando sea necesario. Por ejemplo, en respuesta a: una orden judicial, una orden judicial ordenada, una citación, acuerdos emitidos por un funcionario judicial y una citación del gran jurado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Funciones Gubernamentales Especializadas</b> – Podemos informar al gobierno federal cuando están investigando algo importante para proteger nuestro país, el presidente u otras agencias gubernamentales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Directores de Inmunización y funerarias</b> – Información sobre nacimiento, muerte e inmunización.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Compensación Laboral</b> – Podemos divulgar su información personal para cumplir con las leyes relacionadas con la Compensación para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FDA</b> – Podemos divulgar su información de salud a la Food and Drug</li> </ul>

<p>Trabajadores u otros programas similares, establecidos por la ley, que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin importar la culpa.</p>	<p>Administration (FDA) en relación con eventos adversos con los respectivos alimentos, suplementos, productos y defectos de los productos, o retiro del producto defectuoso para su reemplazo o reparación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Investigación</b> – Bajo algunas circunstancias, Podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan implementado ciertas salvaguardas para garantizar la privacidad y protección de su PHI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Emergencias:</b> Podemos divulgar su información personal en una situación de emergencia, o si se ve afectado o no está presente, a un miembro de la familia, un amigo personal cercano, una agencia autorizada de ayuda en caso de desastre o cualquier otra persona previamente identificada por usted.</li> </ul>

*Usted tiene a oportunidad de aceptar u objetar el uso o la divulgación o de la totalidad o parte de su información personal. Si usted no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o la divulgación de su información, entonces su proveedor puede, utilizando su juicio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor para usted. En este caso, solo se divulgará la información personal que sea relevante para su atención médica.*

### Información de Contacto

#### Información de Contacto:

Oficial de Privacidad Northwest Michigan Health Services, Inc.

10767 E. Traverse Hwy, Traverse City, MI 49684  
 231-947-1112  
[www.nmhsi.org](http://www.nmhsi.org)

Si cree que han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el funcionario de privacidad o ante la Secretaria de Salud y Servicios Humanos no habrá consecuencias por presentar una queja.

La dirección de la Oficina de Derechos Civiles es la siguiente: Office for Civil Rights U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Ave, S.W. Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas de notificación y Notificación de Prácticas de privacidad y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, publicaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestro sitio web. También puede solicitar una copia en persona.

**Firma del paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Guardián/Nombre del Representante Legal:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_