



Northwestern Memorial HealthCare

Aviso de prácticas de privacidad

Su información.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.

Prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Northwestern Medicine ("NM", "nosotros" o "nos") se compromete a proporcionarle la más alta calidad de atención en un entorno que proteja su privacidad y la confidencialidad de su información de salud. Con ese fin, este aviso explica nuestras prácticas de privacidad, así como sus derechos, con respecto a su información de salud.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y cómo ejercerlos. Específicamente, usted tiene derecho a:

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, por lo general, dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos o modifiquemos su expediente médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta.
- Podemos rechazar su solicitud, pero se lo comunicaremos por escrito, por lo general dentro de los 60 días de su solicitud.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (*por ejemplo*, teléfono de la casa u oficina) o que enviemos las comunicaciones por correo a una dirección diferente. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar estas solicitudes. *Por ejemplo*, podemos decir "no" si eso afectaría su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información

- Puede solicitarnos una lista (resumen) de las instancias en que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que lo solicite, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las que sean sobre el tratamiento, el pago u operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos un resumen por año de forma gratuita, pero podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente.
- Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien que actúe por usted

- Si usted le ha dado a alguien poder notarial de atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona (su "representante personal") puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Si alguien ha sido designado para actuar por usted, se nos debe proporcionar una copia del documento que designa a esa persona. Haremos todos los esfuerzos razonables para garantizar que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si considera que sus derechos son violados

- Proteger su información confidencial es importante para nosotros. Si considera que hemos violado sus derechos, por favor póngase en contacto con nosotros utilizando la información al final de este Aviso.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1.877.696.6775 o visitando [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja ante NM o la Oficina de Derechos Civiles.

Por favor, pregúntenos cómo llevar a cabo cualquiera de los puntos anteriores poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información al final de este Aviso. Es posible que tenga que completar un formulario y enviar su solicitud por escrito. *Por ejemplo*, para obtener una copia, modificar o restringir sus expedientes médicos, o para recibir una lista de divulgaciones, debe llenar un formulario. Los formularios están disponibles en Relaciones con el Paciente (consulte la información de contacto al final de este Aviso) y en nuestro sitio web, en [nm.org/patients-and-visitors/mynm-mychart-and-medical-records](https://www.nm.org/patients-and-visitors/mynm-mychart-and-medical-records).

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de socorro en caso de desastre.
- Incluyamos su información en un directorio del hospital.

Si no puede decirnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Nunca compartiremos su información, a menos que nos dé autorización por escrito:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- La mayoría de, pero no todas, las divulgaciones de notas de psicoterapia En el caso de recaudación de fondos:
- Podemos ponernos en contacto con usted con fines de recaudación de fondos para apoyar a NM y su misión, pero puede indicarnos que no nos pongamos en contacto con usted de nuevo para este propósito.

Cómo NM puede usar y compartir su información de salud

NM puede, sin su permiso por escrito, usar su información de salud *dentro de* NM y compartir o *revelar* su información de salud a otros *fuera de* NM de las siguientes maneras:

Para operaciones de tratamiento, pago y atención médica

NM puede usar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

a. Tratamiento

- NM puede usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. *Por ejemplo,* un médico que lo trate por una lesión puede preguntarle a otro médico acerca de su condición general de salud. Tenga en cuenta, sin embargo, que podemos solicitar su permiso por escrito si se divulgan ciertos tipos de información (como información de salud mental).
- NM puede conservar su información electrónicamente utilizando Epic y otros sistemas de registro médico electrónico. Además, muchos médicos y hospitales en los Estados Unidos también utilizan Epic. Siempre que sea posible, NM participa en el programa “Epic Care Everywhere” y otros programas similares que permiten a los médicos de diferentes organizaciones de todo el país intercambiar electrónica e instantáneamente información médica del paciente con fines de tratamiento. *Por ejemplo,* supongamos que está visitando California y se lastima. Si el hospital de California que lo trata utiliza Epic y participa en el programa Epic Care Everywhere, el hospital de California puede obtener sus registros de NM de Epic. En algunos casos, es posible que se le pida que dé permiso para permitir el intercambio de su información de salud.

b. Pago

NM puede usar y compartir su información de salud para facturar y recibir el pago de planes de salud u otras entidades. *Por ejemplo,* podemos enviar información médica sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios. También podemos divulgar su información a otros proveedores para sus actividades de pago.

c. Operaciones de atención médica

NM puede usar y divulgar su información de salud para dirigir nuestra organización, mejorar su atención y ponerse en contacto con usted cuando sea necesario. *Por ejemplo,* utilizamos la información de salud para administrar su tratamiento y servicios, incluso para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para atención médica. También podemos divulgar información a médicos, residentes y becarios, estudiantes de medicina y otro personal autorizado con fines educativos y de aprendizaje.

Aquellos casos que requieren el uso o divulgación de su información de salud

NM puede divulgar su información médica sin su permiso por escrito:

- Con algunas excepciones limitadas, a usted o a alguien que tiene el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal).
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurarse de que su privacidad está protegida.
- Cuando lo exija la ley.

Otros propósitos para los cuales a NM se le permite o requiere usar o divulgar su información de salud

NM puede usar o divulgar su información de salud a otras personas sin su permiso por escrito de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html. Algunos ejemplos son:

a. Para ayudar con cuestiones de salud pública y seguridad

NM puede compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con las retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

b. Para la investigación

La misión de NM incluye apoyar el descubrimiento de nuevos conocimientos y tratamientos que beneficien a todos los pacientes. Su información médica puede ser utilizada con fines de investigación de acuerdo con las leyes estatales y federales. *Por ejemplo*, los investigadores pueden examinar su información médica para los siguientes propósitos de investigación:

- Para planificar futuros estudios de investigación. *Por ejemplo*, su información podría ser vista por investigadores que tratan de determinar con qué frecuencia se producen enfermedades cardíacas en individuos de cierta edad.
- Para identificarlo y ponerse en contacto con usted con respecto a su interés en participar en un estudio de investigación específico. Su participación en ese estudio solo puede comenzar después de que se le haya informado sobre el estudio, se le dé la oportunidad de hacer preguntas y haya demostrado su disposición a estar en el estudio firmando un formulario de consentimiento. Si prefiere no ser contactado por un investigador que no esté involucrado en su atención clínica, puede comunicarse con NM para ser eliminado del registro de contacto llamando al 630.933.6528, TTY para personas con discapacidad auditiva 630.933.4833.
- Para eliminar información que lo identifique.
- Para recopilar información que podría utilizarse para publicar un artículo, aunque su identidad o información identificable *nunca* será divulgada en el artículo sin su autorización.

Todos los proyectos de investigación para los que NM comparte información de salud son cuidadosamente revisados por una junta de revisión institucional o junta de privacidad para proteger la seguridad, el bienestar y la confidencialidad de los pacientes de NM. Si tiene preguntas con respecto a lo anterior, llame a la Oficina de Investigación de NM al 630.933.6528, TTY para personas con discapacidad auditiva 630.933.4833.

c. Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

NM puede compartir información del paciente con organizaciones de obtención de órganos con el fin de facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos de un paciente.

d. Para trabajar con un forense, médico forense o director funerario

NM puede compartir información de salud con un forense, médico forense o director funerario cuando una persona muere.

e. Para abordar la compensación de los trabajadores, las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales

NM puede usar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamos de compensación de los trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

f. Para responder a demandas y acciones legales

NM puede divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o información no sensible en respuesta a una citación si hay una orden de protección calificada o garantías satisfactorias.

g. A socios comerciales

NM puede divulgar su información médica a nuestros "socios comerciales", individuos o empresas que proporcionan servicios a NM. *Por ejemplo*, un socio comercial incluiría la empresa que administra los reclamos de facturación de NM, un proveedor de software, una compañía de telesalud u otra compañía de soluciones de salud digital y otros proveedores de servicios. NM requiere que los socios comerciales mantengan su información segura.

h. Para fines de inmunización

NM puede divulgar registros de inmunización a las escuelas para apoyar los esfuerzos de salud pública, si obtenemos y documentamos un acuerdo oral o escrito del padre, tutor u otra persona que actúe *in loco parentis*. Además, todas las vacunas dadas por NM se introducen en I-CARE (registro de inmunización de Illinois). Si no desea que su información de inmunización se comparta con otros médicos participantes en I-CARE, debe solicitar y firmar un formulario especial de exclusión voluntaria. Después de firmar el formulario, su información de inmunización todavía se introducirá en I-CARE, pero solo será vista por NM. La información demográfica continuará compartiéndose con otros médicos de Illinois que participen en el programa I-CARE.

i. A los padres y tutores legales de los menores

NM puede compartir la información de salud de un menor con sus padres o tutores, a menos que dicha divulgación esté prohibida por la ley. *Por ejemplo*, los padres de un menor pueden discutir el tratamiento médico con el equipo de atención. Sin embargo, tenga en cuenta que si un menor está emancipado, casado, embarazada o es padre, no compartiremos información con los padres o tutores del menor. Además, si un menor está recibiendo ciertos tipos de tratamiento (como pruebas genéticas o de VIH; pruebas de enfermedades de transmisión sexual; salud mental, o consejería de abuso de drogas o alcohol; u otros tipos de tratamientos), no divulgaremos información a los padres o tutores del menor, excepto en ciertas situaciones según lo requiera o permita la ley (incluido, pero no limitado a, si hacerlo es necesario para proteger la seguridad del menor o la de un familiar u otra persona o si, a juicio profesional del proveedor de atención médica, la notificación sería en el mejor interés del menor y primero hemos buscado sin éxito persuadir al menor para que notifique a sus padres).

Requisitos estatales y federales adicionales Algunas leyes federales y de Illinois proporcionan protección adicional de la privacidad de su información médica. Estos incluyen:

- *Información médica sensible*. Algunos tipos de información de salud son particularmente sensibles, y la ley, con excepciones limitadas, puede requerir que obtengamos su permiso por escrito o, en algunos casos, una orden judicial, para usar o divulgar esa información.

La información confidencial sobre salud incluye información sobre la salud mental y las discapacidades del desarrollo, el VIH/SIDA, el tratamiento por abuso de alcohol y drogas, las pruebas genéticas y el asesoramiento genético.

Antes de recibir atención de NM, un paciente firma, cuando así lo requiere la ley, un consentimiento para permitir a NM usar y divulgar información médica sensible de la misma manera que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, "HIPAA") nos permite usar y compartir información médica no sensible para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica como se describe en este Aviso. *Por ejemplo*, NM puede utilizar y compartir información de salud sensible con el fin de coordinar mejor la atención de los pacientes de NM.

- *Información utilizada en ciertos procedimientos disciplinarios*. La ley estatal puede requerir su permiso por escrito si cierta información de salud debe ser utilizada en varios procedimientos de revisión y disciplina por las juntas estatales de supervisión de la salud (como el Departamento de Regulación Profesional).
- *Información utilizada en ciertos procedimientos de litigio*. La ley estatal puede requerir su permiso por escrito para que ciertos proveedores divulguen información en ciertos procedimientos legales.
- *Divulgaciones a ciertos registros*. Algunas leyes requieren su permiso por escrito si divulgamos su información de salud a ciertos registros patrocinados por el estado.

NM se compromete a seguir todos los requisitos legales estatales y federales.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le avisaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este Aviso y ofrecerle una copia por escrito del mismo.

- No usaremos ni compartiremos su información excepto como se describe aquí, a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Cambios en este aviso

Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a pedido en Relaciones con el Paciente, y en muchas de las oficinas donde tratamos a los pacientes, y en nuestro sitio web.

Sin embargo, cualquier cambio en los términos no cambiará el compromiso de NM de cumplir con las leyes aplicables y garantizar la privacidad de la información del paciente.

Quién cumplirá con este Aviso

Este Aviso será cumplido por:

- Todas las organizaciones que requieren tener un Aviso de Prácticas de Privacidad y que sean propiedad o que estén bajo el control de Northwestern Memorial HealthCare ("NMHC") (referido junto con Northwestern Memorial HealthCare en este Aviso como "Northwestern Medicine", "nosotros" o "nos"). Una lista completa de organizaciones está disponible en Relaciones con el Paciente. Este Aviso se aplica a todas las ubicaciones de NM que proporcionan servicios médicos;
- Médicos independientes en el personal médico de un hospital de NM cuando proporcionan atención en un hospital de NM. Sin embargo, estos médicos independientes están legalmente separados y son responsables de sus propios actos, y los hospitales de NMHC no son responsables de los servicios clínicos proporcionados a usted por los médicos en un hospital de NM; y
- Otros profesionales de la salud que lo tratan en cualquier ubicación de NM, incluidos residentes, becarios, estudiantes y aprendices.

Para cumplir con los requisitos federales de privacidad y seguridad, algunas organizaciones de NMHC (*por ejemplo*, Northwestern Memorial HealthCare, Northwestern Memorial Hospital, Northwestern Medicine Lake Forest

Hospital y Northwestern Medical Group) pueden designarse a sí mismas como una entidad cubierta afiliada (affiliated covered entity, "ACE"). Esto significa que estas organizaciones actúan juntas como una organización para fines de la ley de privacidad. ¿Cómo lo afecta eso? Esto significa que, si solicita una copia de sus registros médicos, le proporcionaremos sus registros de todas estas organizaciones. No es necesario realizar solicitudes separadas. Además, las organizaciones de NMHC han establecido uno o más arreglos organizados de atención médica. Esto significa que su información de salud puede ser compartida entre estas organizaciones para fines relacionados con su funcionamiento juntos como un sistema de salud, incluido el suministro de tratamiento, para fines de pago, y para un amplio alcance de las operaciones de atención médica, que puede incluir la revisión conjunta de la utilización, la credencialización, la educación, el control de riesgos, la seguridad del paciente, la evaluación de la calidad y las actividades de mejora.

A quién contactar para obtener información o con una queja

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, o cualquier queja, comuníquese con Relaciones con el Paciente: Patient Relations, Galter Pavilion, 251 East Huron Street, Suite 2-154, Chicago, Illinois 60611 o llame al 312.926.3112, TDD: 312.695.3661.

También puede comunicarse con nuestra Oficina de Cumplimiento e Integridad Corporativa al 312.926.4800 o 844.339.6271, o por escrito a la dirección a continuación o por correo electrónico a compliance@nm.org.

Corporate Compliance and Integrity

Northwestern Memorial HealthCare
541 North Fairbanks Court., Suite 1065
Chicago, Illinois 60611

FECHA EFECTIVA DE ESTE AVISO

Este aviso es efectivo desde el 1^{ero} de Marzo de 2020.



nm.org