



EMORY  
UNIVERSITY

EMORY  
HEALTHCARE

## ***AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD***

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CON ATENCIÓN.**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) indica a proveedores de servicios de salud, entidades responsables de los pagos y otros centros de atención médica, cómo desarrollar políticas y procedimientos que garanticen la seguridad, integridad, privacidad y autenticidad de la información médica, así como salvaguardar el acceso a esa información y su divulgación. El gobierno federal de los EE. UU. establece normas de privacidad que nos exigen le informemos sobre cómo podemos usar o divulgar información médica que lo identifica. Según exigencia del gobierno federal, usted debe recibir este **Aviso sobre las Prácticas de Privacidad**.

### **NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD**

Como proveedores de servicios médicos, hacemos uso de información médica confidencial relacionada con usted para la elaboración de registros, con el fin de brindarle una atención de calidad, cumpliendo al mismo tiempo con ciertos requisitos legales. Comprendemos que la información médica es personal y, por lo tanto, nos esforzamos en respetar su derecho a la privacidad de acuerdo con las leyes federales y estatales. Este Aviso se aplica a toda historia clínica relacionada con su atención que sea generada o archivada por **Emory Healthcare**. De conformidad con la ley, debemos: (1) asegurarnos de que se cumplan los procedimientos necesarios para mantener la privacidad de su información; (2) entregarle este Aviso, que describe nuestras obligaciones legales y prácticas para mantener la privacidad con respecto a su información médica personal; y (3) respetar los términos de este Aviso que se encuentren vigentes en la actualidad.

### **QUIÉN DEBERÁ CUMPLIR CON LAS PRÁCTICAS CONTENIDAS EN ESTE AVISO**

Los centros de la Universidad de Emory y Emory Healthcare que cumplirán estas normas son, entre otros, Emory University Hospital, Emory University Orthopaedics and Spine Hospital, Emory University Hospital Midtown, Emory Johns Creek Hospital, Emory Saint Joseph's Hospital, Emory Clinic, Emory Children's Center, Emory Specialty Associates, Emory Wesley Woods Center y Emory Dialysis Center. Los centros asistenciales de **Emory Healthcare** funcionan en conjunto desde el punto de vista clínico y son parte de un convenio de atención médica organizada que incluye a sus dependencias así como a otras dependencias de la Universidad de **Emory**, tales como la Facultad de Medicina. En algunas ocasiones, es posible que demos a conocer información médica a estas dependencias de la universidad, y es posible que la universidad dé a conocer información médica a **Emory Healthcare** si es necesario realizar algún tipo de tratamiento, transacciones de pago u otras actividades de asistencia médica relacionadas con el convenio de atención médica organizada. Se requiere que todas las partes que integran el convenio cumplan con las obligaciones de confidencialidad contenidas en este Aviso.

### **EN QUÉ CASOS PODEMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL SIN AUTORIZACIÓN**

La información que sigue describe las diferentes circunstancias en las que es posible usar o divulgar información médica personal sin la autorización del paciente. Aunque no es posible incluir en una misma categoría todos los casos en que se puede usar o divulgar la información médica personal, estamos autorizados a usar o divulgar esa información sin su permiso en los casos incluidos en las categorías que se describen a continuación. Si la información médica contiene datos concernientes a la salud mental del paciente o tratamientos por el consumo de drogas o alcohol, así como a ciertas enfermedades infecciosas (por ejemplo análisis o resultados de análisis de VIH/SIDA), las leyes estatales y federales de confidencialidad requieren que se obtenga su consentimiento antes de divulgar cierto tipo de información. Una vez obtenido el

consentimiento mediante su firma del documento de Acuerdo de Ingreso/Registro, la divulgación de dicha información se realizará de acuerdo con las prácticas de privacidad que se detallan en este Aviso.

## **CATEGORÍAS PARA LOS USOS Y LA DIVULGACIÓN:**

**Tratamiento:** Podemos utilizar su información médica personal para proporcionarle tratamientos o servicios. Podemos divulgar la información médica personal a los médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes de medicina, residentes, estudiantes de enfermería u otro personal médico que participe en su atención en **Emory Healthcare** o en otro centro de atención médica. Por ejemplo, un médico que lo atienda por una pierna fracturada puede necesitar saber si usted tiene diabetes, ya que esta enfermedad puede enlentecer el proceso de curación. Además, es posible que el médico necesite informarle a un nutricionista de su diabetes para poder indicar la alimentación adecuada. Diferentes departamentos dentro de **Emory Healthcare** pueden también compartir su información médica personal para coordinar los diferentes servicios que usted pueda necesitar, tales como recetas médicas, análisis de laboratorio y radiografías.

**Pagos:** Podemos usar o divulgar información médica personal con el propósito de facturar y cobrar por los servicios y artículos que hemos de brindar. Por ejemplo, si usted se realiza una operación, es posible que sea necesario informar a la compañía de seguro médico para que nos pague o le reintegre lo que usted haya abonado por la operación. Podemos también informar a la compañía de seguro médico sobre un tratamiento que usted debe recibir para obtener autorización previa o para determinar si su plan de seguro médico cubre el tratamiento. Podemos divulgar información médica personal a otros proveedores de atención médica para las transacciones asociadas a los pagos.

**Procedimientos administrativos relacionados con la atención médica:** Podemos usar y divulgar información médica personal para llevar a cabo procedimientos administrativos de **Emory Healthcare**. Por ejemplo, podemos usar la información médica para analizar los tratamientos y servicios que ofrecemos y evaluar la labor del personal que le ha brindado asistencia. Es posible también que combinemos la información médica de diferentes pacientes para determinar la necesidad de ofrecer nuevos servicios, así como qué servicios no son necesarios y la eficacia de algunos tratamientos nuevos. Podemos divulgar información médica personal a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina, médicos residentes, personal de enfermería u otro personal, con propósitos de evaluación y aprendizaje. Podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otros proveedores de servicios médicos para evaluar nuestro desempeño y determinar de qué forma podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos.

**Miembros del personal médico:** **Emory Healthcare** y los médicos independientes, además de otros proveedores de atención médica que son miembros del personal de alguno de los centros de **Emory Healthcare**, son parte de un convenio de atención médica organizada regido por leyes federales y que tiene como único propósito el intercambio de información sobre los pacientes. Como tal, **Emory Healthcare** y su personal médico intercambiarán la información médica de sus pacientes que sea necesaria para realizar tratamientos, recibir pagos o llevar a cabo otros procedimientos relacionados con la atención médica. Aunque todos los miembros del personal médico independiente que brinda asistencia en los centros de **Emory Healthcare** se rigen por las prácticas de privacidad contenidas en este Aviso, ellos aplicarán su propio criterio médico para el cuidado de sus pacientes y son los únicos responsables por el cumplimiento de las prácticas de privacidad. **Emory Healthcare** y los miembros del personal médico independiente son entidades completamente separadas e individuales, cada una con responsabilidad legal por sus propias acciones.

**Sistema de intercambio de información médica (HIE):** El sistema de intercambio de información médica (HIE, *Health Information Exchange*) permite que los proveedores de servicios médicos, como **Emory Healthcare**, compartan y reciban información de los pacientes, lo cual ayuda a coordinar la atención. **Emory Healthcare** participa en uno de estos sistemas de intercambio de información médica. A través de este sistema, su información médica podría ponerse a disposición de otros proveedores, compañías de seguro médico y centros de distribución de información médica con fines de tratamiento o para el pago de los servicios. Es posible que en el sistema de intercambio de información se incluya su información médica. También es posible que pongamos su información médica a disposición de otros servicios de intercambio de información que la soliciten con la finalidad de coordinar tratamientos o pagos por los servicios que le fueran prestados. Su participación en el sistema de intercambio de información médica es voluntaria y usted tiene el derecho a cancelarla cuando lo desee. Refiérase a la sección titulada "**El derecho a solicitar restricciones**" para informarse sobre cómo cancelar su participación en el HIE. Puede encontrar más información acerca del HIE de **Emory Healthcare** en nuestro sitio web, [www.emoryhealthcare.org/ehealthexchange](http://www.emoryhealthcare.org/ehealthexchange).

**Recordatorios de consultas, llamadas de seguimiento y alternativas de tratamiento:** Podemos divulgar o usar información médica para recordarle que tiene una cita o para saber cuál ha sido su evolución después de haber recibido un tratamiento. Si tiene una contestadora automática es posible que le dejemos un mensaje. Si usted así lo indica, también podemos enviarle recordatorios para las consultas médicas por medio de mensajes de texto o correo electrónico. También podemos enviarle una tarjeta como recordatorio de una cita. Es posible que nos comuniquemos con usted para informarle sobre otras opciones o alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con su salud que puedan ser de su interés.

**Recaudación de fondos:** Emory Healthcare y el Robert W. Woodruff Health Sciences Center constituyen un sistema de atención médica sin fines de lucro, que se sustenta con las contribuciones de nuestros generosos pacientes y sus familias. Estos aportes son esenciales para que podamos continuar con nuestras actividades en las áreas de atención médica, investigación y formación educativa. Podemos usar su información médica a fin de comunicarnos con usted e informarle cuando surjan oportunidades para recaudar fondos. Tenemos permitido y es posible que usemos información demográfica para ponernos en contacto con usted, como su nombre, dirección, número de teléfono o fecha de nacimiento. También podríamos usar las fechas en que recibió tratamientos o servicios, los departamentos que le atendieron, información sobre resultados e información sobre los médicos a cargo de su atención. Usted tiene el derecho de cancelar las comunicaciones sobre recaudación de fondos. Si usted no desea que el personal de **Emory Healthcare** o del Woodruff Health Sciences Center se comunique con usted con propósitos de recaudación de fondos, puede pedir que cancelen esas comunicaciones llamando al 404-727-7111, por correo electrónico a [askemory@emory.edu](mailto:askemory@emory.edu) o puede enviar una solicitud por escrito a Development and Alumni Relations Office, Robert W. Woodruff Health Sciences Center, 1440 Clifton Road, Suite 116, Atlanta, Georgia 30322. Su decisión de aceptar o no información relacionada con la recaudación de fondos no afectará sus posibilidades de recibir servicios de atención médica en **Emory Healthcare**.

**Directorio de Emory Healthcare:** Podemos usar o divulgar información médica personal contenida en el directorio de pacientes mientras usted sea paciente de alguno de los centros de **Emory Healthcare**. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el centro, estado general (p. ej., bueno, estable, etc.) y religión. La información del directorio, con excepción de su afiliación religiosa, puede ser revelada solamente a personas que la soliciten por su nombre. Es posible que informemos su afiliación religiosa a miembros del clero como, por ejemplo, un sacerdote o rabino, aunque no la soliciten por su nombre. Esto se hace para que familiares, amigos y miembros del clero puedan visitarlo en el hospital y enterarse de su estado. Tendrá la opción de no estar incluido en el directorio de la institución. Si opta no ser incluido, no podremos informar a familiares o amigos en qué parte de las instalaciones se encuentra, ni tampoco podremos dar esa información a mensajeros de florerías.

**Personas que participan en su atención o en el pago de su atención:** A menos que tenga una objeción al respecto, podemos dar información médica personal a amigos o familiares que participan en su atención médica o que ayuden en su cuidado. También podemos brindar información a alguna persona que contribuya con el pago de su atención médica. Podemos informar a sus familiares o amigos sobre su estado general y sobre el hecho de que usted se encuentra en el hospital. Además, podemos divulgar información médica personal a una organización que proporcione asistencia en caso de una catástrofe para que su familia pueda ser notificada de su situación, estado o ubicación.

**Investigación de archivos:** Podemos usar o divulgar información médica bajo determinadas circunstancias para propósitos de investigación médica. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede realizar un estudio comparativo de la salud de dos grupos de pacientes que recibieron una medicación diferente para la misma afección. Será necesario solicitar su autorización por escrito para usar o divulgar información médica personal, excepto cuando (a) un Comité Institucional de Revisión (IRB, por sus siglas en inglés) determina con anterioridad que el uso o divulgación de información médica personal cumple con ciertos criterios requeridos por ley; o (b) el investigador firma un documento que lo obliga ante la ley, certificando que hará uso exclusivo de esa información para elaborar un protocolo de investigación o a fin de prepararse para llevar a cabo un proyecto de investigación y que mantendrá la confidencialidad de la información y no retirará, ni en parte ni en su totalidad, esa información de **Emory Healthcare**. **Emory Healthcare** puede asimismo divulgar información médica a un investigador si se trata de información sobre pacientes fallecidos y el investigador certifica que la información es necesaria para propósitos científicos.

**Investigación clínica:** Si se ha inscripto en un estudio de investigación clínica a través de un Instituto o Departamento de la Universidad de Emory y desea recibir información sobre las políticas de uso y divulgación

de la información médica personal con respecto al estudio clínico, puede enviar su solicitud a Emory University Privacy Officer, 1599 Clifton Road, N.E., Suite 4.105, Atlanta, Georgia 30322.

**Según lo requiera la ley:** Divulgaremos información médica personal cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

**Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad:** Podemos utilizar y divulgar información médica cuando esto sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, la información se dará a conocer únicamente a quien sea capaz de prevenir esta amenaza.

## **SITUACIONES ESPECIALES**

También podemos usar o divulgar información médica personal sin solicitar su autorización en las siguientes situaciones:

**Donaciones de órganos y tejidos:** a las organizaciones que coordinan la obtención de órganos o los trasplantes de órganos, ojos o tejido o a los bancos de donación de órganos, cuando sea necesario, para facilitar la donación o el trasplante de órganos o de tejidos.

**Militares y veteranos:** a las autoridades de comandos militares, cuando sea necesario, si usted es miembro de las fuerzas armadas. También podemos divulgar información médica relacionada con el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

**Compensación a los trabajadores:** para la compensación a trabajadores o programas similares que otorgan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Actividades de salud pública:** a las entidades de salud pública u otras autoridades gubernamentales para notificar actividades o riesgos en materia de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; notificar nacimientos y defunciones; notificar el maltrato a los niños o negligencia; notificar las reacciones adversas a ciertos medicamentos o problemas con ciertos productos; notificar a las personas cuando se retiran de la venta ciertos productos que podrían estar utilizando; notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección de acuerdo con lo autorizado por la ley; notificar a la autoridad gubernamental apropiada si consideramos que un paciente fue víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica (solo divulgaremos esto si usted está de acuerdo o cuando así lo requiera o autorice la ley).

**Actividades de supervisión de la salud:** a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas según las leyes. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades resultan necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención de la salud, los programas gubernamentales, y el cumplimiento de las leyes de derecho civil.

**Demandas y litigios:** en respuesta a la orden de un tribunal o a una orden administrativa si usted es parte en una demanda o litigio judicial. También podemos divulgar información médica personal en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otros procedimientos legales de parte de otra persona involucrada en el litigio, pero solo si se ha intentado notificarlo de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información médica solicitada.

**Cumplimiento de la ley:** en respuesta a la orden de un tribunal, citación, orden de arresto, emplazamiento o proceso similar; o de acuerdo con la solicitud de un oficial encargado de hacer cumplir la ley para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida, o para obtener información acerca de la víctima de un crimen cuando, en circunstancias limitadas, no se pudiera obtener el consentimiento de la persona. Podemos notificar de un fallecimiento que se sospeche pueda haber sido provocado por una conducta criminal o denunciar una supuesta conducta criminal ocurrida en nuestras instalaciones. También podemos dar información relacionada con un supuesto crimen descubierto mientras se brinda asistencia en circunstancias de emergencia médica.

**Personal forense, médicos forenses y directores de funerarias:** al personal forense o a los médicos forenses. Esto puede resultar necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su

deceso. También podemos divulgar información médica acerca de los pacientes de **Emory Healthcare** a los directores de funerarias cuando esto sea necesario para el desempeño de sus tareas.

**Seguridad nacional y actividades de espionaje:** a oficiales federales autorizados para realizar actividades de espionaje, contraespionaje, y otras actividades relacionadas con la seguridad nacional que se encuentren legalmente autorizadas.

**Servicios de protección para el presidente y otros funcionarios:** a oficiales federales autorizados para que puedan proteger al presidente de los Estados Unidos, a otras personas autorizadas o mandatarios extranjeros o, también, para llevar a cabo investigaciones especiales.

**Reclusos:** a la institución correccional u oficial encargado de hacer cumplir la ley, si usted está recluso en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial encargado de hacer cumplir la ley. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le brinde asistencia médica; (2) para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de los demás; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

## **USOS Y DIVULGACIÓN QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Requieren su autorización y se harán solo si usted proporciona su consentimiento por escrito: la mayor parte de los usos y tipos de divulgación de las notas tomadas en sesiones de psicoterapia, usos y divulgación con fines de marketing, divulgación que constituye una venta de información médica y otro tipo de usos y divulgación de su información médica que no se describen en este Aviso. Además, podrá revocar su autorización, entregando una notificación por escrito al Departamento de Registros Médicos del lugar donde fue atendido. En caso de revocar su autorización, dejaremos de usar o divulgar su información médica de la forma en que lo permitía su autorización inicial. Esperamos que sepa comprender que no podremos anular ninguna divulgación que ya se haya realizado y que aún se nos exige conservar los registros que contienen la información médica personal que documenta la atención que le brindamos.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

**Derecho a inspeccionar y hacer copias:** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de su historia clínica o registros de facturación. Para inspeccionar y obtener copias de su historia clínica o registros de facturación, debe presentar una solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos del lugar donde fue atendido. Debe incluir en su solicitud su nombre o, en caso de ser un representante personal, debe incluir el nombre del paciente, su información de contacto, fecha de nacimiento y fechas de servicio (si las conoce). En la medida en que su información médica esté contenida en archivos electrónicos y usted solicite que se la entreguemos en formato electrónico, siempre que sea posible le proporcionaremos una copia que se pueda leer en una computadora. En caso de solicitar una copia, deberá pagar por los costos de copiado, envío por correo u otros gastos asociados con su solicitud. Podemos llegar a rechazar su solicitud para inspeccionar y obtener copia de los registros en ciertas circunstancias limitadas; no obstante, usted podrá solicitar que se revea esta negativa. Un profesional de atención médica calificado será seleccionado por **Emory Healthcare** para volver a evaluar su solicitud y el rechazo de esta. La persona que llevará a cabo esta revisión no será la misma persona que rechazó su solicitud. Finalmente, cumpliremos con la decisión que se tome en esta revisión. **Emory Healthcare** podría no conservar registros médicos de otras instituciones para inclusión en su registro médico o ficha médica designada. Estos podrían incluir radiografías, tomografías/ecografías o discos compactos que hayan sido o puedan haber sido proporcionados a su proveedor de **Emory Healthcare**. Sírvase verificar con su médico o administrador clínico si tuviera dudas con respecto a esta política.

**Derecho a solicitar una modificación:** Si considera que la información médica que poseemos sobre usted es incorrecta, puede solicitar que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación en tanto la información médica permanezca en archivos de o para **Emory Healthcare**. Para solicitar una modificación, su solicitud debe realizarse por escrito y presentarse ante el departamento de archivos médicos de la entidad donde fue atendido. Además, debe brindar una razón que fundamente su solicitud. Debe incluir en esta solicitud su nombre, información de contacto, fecha de nacimiento y fechas de servicio, en caso de conocerlas. En caso de ser un representante personal, debe incluir el nombre del paciente, su información de contacto, fecha de nacimiento y fechas de servicio (si las conoce). Podemos llegar a rechazar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye una razón que la fundamente. Además, podremos rechazar su solicitud si usted solicita que modifiquemos información médica que:

- no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información médica ya no se encuentre disponible para realizar la modificación;
- no es parte de la información médica archivada por o para **Emory Healthcare**;

- no es parte de la información médica que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- es correcta y completa.

**Derecho a que se informe de la divulgación:** Tiene derecho a solicitar una lista de toda divulgación que hagamos de la información médica personal, con excepción de la divulgación que se haga:

- para tratamientos, transacciones de pago o servicios de asistencia médica,
- de conformidad con una autorización,
- relativas a un uso o divulgación permitidos, u
- otro tipo específico de divulgación limitada según lo definan las leyes.

Para solicitar esta lista de divulgaciones, usted debe enviar su solicitud por escrito a **Emory Healthcare** Privacy Office, 101 West Ponce de Leon Ave, 2<sup>nd</sup> Floor, Suite 242, Decatur, Georgia 30030. Su solicitud debe especificar el periodo de tiempo para el cual desea que se le informe de toda divulgación e incluir su nombre, información de contacto, fecha de nacimiento y fechas de servicio, en caso de conocerlas. En caso de ser un representante personal, debe incluir el nombre del paciente, su información de contacto, fecha de nacimiento y fechas de servicio (si las conoce). No podrá solicitar información sobre un periodo que exceda los seis años anteriores a la fecha de la solicitud y tampoco sobre la divulgación de información que se haya hecho antes del 14 de abril de 2013. Su solicitud deberá indicar en qué forma quiere la lista, por ejemplo, impresa en papel o en formato electrónico. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses no tendrá costo. Por listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionarle la lista. Le notificaremos el costo y podrá elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que se incurra en cualquier gasto.

**Derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica personal, que usamos o divulgamos acerca de sus tratamientos, transacciones de pago o servicios de asistencia médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos acerca de usted a alguien que participe en su atención o en el pago de su atención, que puede ser un miembro de su familia o amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que se le ha realizado. A menos que las leyes exijan otra cosa, cumpliremos con una solicitud de restringir la divulgación de información médica a un plan de atención médica con el propósito de llevar a cabo transacciones de pago o servicios de asistencia médica, PERO SOLO si la información con respecto a la cual usted ha solicitado una restricción de divulgación pertenece exclusivamente a un artículo o servicio de asistencia médica que usted haya pagado de su bolsillo **en su totalidad. No se nos exige aceptar otras solicitudes.** En caso de hacerlo, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información fuese necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Tenemos derecho a revocar nuestra aceptación en cualquier momento y una vez que le notifiquemos esta revocación, podremos hacer uso o divulgar información médica personal sin considerar ninguna restricción o limitación que pueda haber solicitado. Para solicitar restricciones, debe enviar una solicitud por escrito a **Emory Healthcare** Privacy Office, 101 West Ponce de Leon Ave, 2<sup>nd</sup> Floor, Suite 242, Decatur, Georgia 30030. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién quiere que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgación de información a su cónyuge.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos en una determinada forma o en un determinado lugar. Por ejemplo, nos puede solicitar que solo lo contactemos en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe enviar una solicitud por escrito a **Emory Healthcare** Privacy Office, 101 West Ponce de Leon Ave, 2<sup>nd</sup> Floor, Suite 242, Decatur, Georgia 30030. Deberá incluir su nombre o, en caso de actuar como representante personal, incluir el nombre del paciente, información de contacto, fecha de nacimiento y fechas de servicio, en caso de conocerlas. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Trataremos de satisfacer todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

**Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso:** Aunque haya aceptado recibir este Aviso en forma electrónica, tiene derecho a recibir una copia impresa del mismo, que puede ser solicitada en cualquier momento. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web, [www.emoryhealthcare.org](http://www.emoryhealthcare.org). Para obtener una copia de este Aviso, escriba a **Emory Healthcare** Privacy Office, 101 West Ponce de Leon Ave, 2<sup>nd</sup> Floor, Suite 242, Decatur, Georgia 30030.

**Derecho a ser notificado en caso de incumplimientos que afecten su información médica:** Hemos dispuesto procesos y procedimientos razonables para proteger la privacidad y seguridad de su información médica personal. Si tiene lugar una adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizados de la información

**médica protegida relacionada con usted, se lo notificaremos según lo exigido por las disposiciones legales. Es posible que las leyes no requieran que se le notifique en todos los casos. En algunas circunstancias, aunque las leyes no exijan la notificación, es posible que de todas maneras optemos por informarle.**

## **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho a hacer aplicable el aviso revisado o cambiado a la información médica personal que ya tengamos, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia del aviso vigente en las instalaciones de **Emory Healthcare** y usted podrá solicitar una copia del aviso vigente. Asimismo, el aviso vigente será publicado en [www.emoryhealthcare.org](http://www.emoryhealthcare.org).

## **QUEJAS**

Si usted considera que se sus derechos de privacidad no se han respetado, puede enviar una queja por escrito a Chief Privacy Officer, **Emory Healthcare**, 101 W. Ponce de Leon Avenue, 2<sup>nd</sup> Floor, Suite 242, Decatur, GA 30030.

También puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>. Usted no será penalizado por presentar una queja. Por más información, puede enviar consultas por escrito a **Emory Healthcare** Privacy Office, 101 West Ponce de Leon Avenue, 2<sup>nd</sup> Floor, Suite 242, Decatur, GA 30030 o llamar al 404-778-2757.

## **DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE**

El paciente tiene derecho a presentar quejas ante el Comité Médico Mixto de Georgia (Georgia Composite Medical Board), respecto a médicos, personal, oficinas y tratamiento recibidos. El paciente debería enviar una queja por escrito al Comité, y debería proporcionar el nombre del médico o de la oficina junto con la dirección y la naturaleza específica de la queja. Las quejas o reclamos se pueden presentar ante el Comité Médico Mixto de Georgia en la siguiente dirección o número telefónico:

Georgia Composite Medical Board  
Attn. Complaints Unit  
No. 2 Peachtree Street, N.W. 36th Floor  
Atlanta, GA 30303  
(404) 656-3913  
[www.medicalboard.georgia.gov](http://www.medicalboard.georgia.gov)

Fecha de vigencia: Abril de 2003 – Fechas de actualizaciones: 16 de junio de 2004, febrero de 2012, junio de 2013



## Derechos y responsabilidades de los pacientes

Los empleados y el personal médico de **Emory Healthcare** reconocen que usted es una persona con necesidades y perspectivas únicas. Lo siguiente refleja sus derechos y responsabilidades según trabajemos con usted al brindarle atención médica.

### **USTED TIENE DERECHO A:**

- Participar en la elaboración e implementación de su plan de atención
- Tomar decisiones fundadas respecto a su tratamiento
- Saber quién es el responsable de coordinar su atención
- Recibir atención considerada y respetuosa sin discriminación basada en su edad, raza, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estatus socioeconómico, sexo, orientación sexual e identidad o expresión sexual, o fuente de pago para la atención.
- Esperar que le brinden atención teniendo en cuenta su seguridad y en un ambiente protegido
- Esperar que la atención se preste en un ambiente libre de todo tipo de maltrato o acoso
- Recibir la debida evaluación y tratamiento del dolor
- Pedir y recibir información completa y comprensible sobre su condición y su atención
- Solicitar y/o rechazar tratamiento
- Tener acceso a servicios de tratamiento que estén disponibles y sean médicamente indicados
- Solicitar ayudas auxiliares cuando sea necesario para lograr una comunicación eficaz
- Recibir un trato respetuoso respecto a sus valores culturales y creencias espirituales
- Formular instrucciones previas y esperar que el personal del hospital las cumpla
- Que se informe a algún familiar o representante de su elección con prontitud sobre su ingreso al hospital y que se permita a esta persona estar presente durante su estadía para brindar compañía o apoyo (a menos que su presencia interfiera con los derechos o la seguridad de otros, o sea contraindicada desde el punto de vista médico)
- Que se notifique a su médico de cabecera con prontitud sobre su ingreso al hospital
- Que se respete su derecho a la privacidad
- Recibir atención privada y confidencial
- Recibir una explicación de su factura
- Solicitar información de su historia clínica y esperar que se la envíen dentro de un plazo razonable
- Esperar que se mantenga la confidencialidad de la información de su historia clínica
- Pedir y obtener orientación de parte del Comité de Ética del hospital
- Estar exento de toda forma de restricción o aislamiento que no sea clínicamente necesaria ni necesaria en una situación de emergencia para asegurar su seguridad física inmediata o la de otros
- Expresar sus inquietudes al personal médico, del hospital o del departamento de atención a pacientes sin temor a ser discriminado o a sufrir algún tipo de represalia
- Pedir asistencia ante cualquier preocupación, o presentar un reclamo formal, y recibir una respuesta escrita del departamento de atención a pacientes Utilizar el proceso de resolución de quejas del hospital al mismo tiempo o en lugar de presentar una queja ante el Georgia Department of Community Health, Two Peachtree Street, NW, Atlanta, Georgia 30303 (404-657-5726 ó 1-800-878-6442), y/o The Joint Commission (TJC) al 1-800-994-6610 o por e-mail al [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org); Las quejas sobre cirugía ambulatoria se pueden presentar al Ombudsman(representante) del Medicare al 1-800 MEDICARE o en
- [www.medicare.gov/ombudsman/resources.asp](http://www.medicare.gov/ombudsman/resources.asp)



## **USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

- Suministrar información médica, de salud y del plan de seguro que sea completa y precisa, incluidas las instrucciones previas si es que las tiene
- Ser considerado y respetuoso con los otros pacientes, con el personal y la propiedad del hospital e instar a sus visitas a hacer lo mismo
- Preguntar cuando tenga dudas
- Comunicar cambios en su estado de salud y/o condición al personal que lo atiende
- Seguir las instrucciones del personal que lo atiende o hablar con ellos sobre cualquier obstáculo que tenga para cumplir con el plan de tratamiento prescrito
- Aceptar la responsabilidad por rechazar el tratamiento o por no seguir su plan de tratamiento prescrito
- Estar consciente de que su derecho a participar en su plan de atención no incluye recibir tratamiento médicamente innecesario
- Cumplir con las obligaciones financieras asociadas a los servicios de atención médica recibidos
- Respetar y seguir las reglas del hospital incluidas aquellas que prohíben lenguaje o conducta ofensiva, amenazante y/o abusiva

Si nuestro personal no ha podido resolver su pregunta o preocupación, por favor comuníquese con:

Emory University Hospital Patient & Family Advocacy at 404-686-7593

Emory University Hospital Midtown at 404-686-1999

Emory University Orthopaedics & Spine Hospital Patient & Family Advocacy at 404-686-1999

Wesley Woods Center Office of Complaints/Relations at 404-728-6464

The Emory Clinic Patient & Family Advocacy at 404-778-3539

Emory Johns Creek Hospital Patient & Family Advocacy at 678-474-7028



## **Aviso a proveedores de asistencia médica**

La Clínica Emory emplea y utiliza asistentes médicos.

## **Aviso de registros externos**

**EMORY HEALTHCARE** podría no mantener registros médicos de otras instituciones para inclusión en su registro médico o ficha médica designada. Estos podrían incluir radiografías, tomografías o discos compactos que hayan sido o puedan haber sido proporcionados a su proveedor de **EMORY HEALTHCARE**. Sírvase verificar con su médico o administrador clínico si tuviera consultas con respecto a esta política.