

A NUESTROS CLIENTES: Este aviso le informa como se usa y divulga su información de salud y cuáles son sus derechos con respecto a su información. Por favor léalo cuidadosamente.

Este aviso se aplica a todos los registros de su atención creados por HOPE Family Health, ya sea que los haga el centro u otro proveedor relacionado con el centro. Nuestras pólizas para proteger su información de salud se aplican a proveedores médicos, proveedores y terapeutas de psicología, farmacéuticos, enfermeras y otro personal de atención médica que necesiten saber para brindarle atención. Estas pólizas se aplican a todas las áreas del centro, incluido todo el personal del centro, recepción, finanzas y administración. También se aplica a cualquier organización o persona con la que contactemos para obtener servicios, como proveedores de referencia.

**Su Información de Salud Protegida.** Como nuestro paciente, creamos registros médicos y documentos en papel y electrónicos relacionados con usted y su salud, así como la atención y los servicios que le brindamos. Necesitamos este registro para brindar la mejor atención y cumplir con ciertos requisitos legales. Estamos obligados por ley a:

- Asegurarnos de que su información de salud protegida se mantenga privada,
- Proporcionarle este Aviso de Derechos de Privacidad del Cliente, y
- Asegurarnos de que la ley y sus derechos legales estén vigentes.
- 

### **SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

**Usted tiene derecho a:**

**Solicitar Comunicaciones Confidenciales de nosotros.** No divulgaremos su información de salud excepto como se describe en este aviso. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted a una dirección o número de teléfono diferente. Puede pedirnos que limitemos la cantidad o el tipo de personas que tienen acceso a su información de salud. Si no desea que nos comuniquemos con usted a su dirección o número de teléfono actual, **DEBE INFORMARNOS.** Por favor haga esta solicitud por escrito a HOPE Family Health, ATTN: Navigator, Medical Records.

**Recibir Servicios Confidenciales de nosotros.** Estamos obligados a proteger su privacidad mientras se encuentra en nuestros edificios. No podemos revelar a nadie si usted es o no cliente de HOPE, si tiene una cita o si se encuentra en nuestros edificios. Si usted espera a alguien que llame o venga a buscarlo, lo lleve o este con usted durante su cita, **DEBE INFORMARNOS.** Necesitamos su permiso para divulgar esta información.

**Inspeccionar y Copiar su Información de Salud.** Puede solicitar revisar y obtener una copia de su información de salud que el centro conserva mientras la tengamos. Si solicita revisar su información de salud, determinaremos si le permitimos revisar parte o toda la información de salud que solicita. Es posible que le cobremos una tarifa por cualquier copia que solicite. Por favor haga esta solicitud por escrito a HOPE Family Health, ATTN: Navigator, Medical Records.

**Solicitar un límite a la información de salud que divulgamos.** Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos su información de salud. Su solicitud debe describir los límites específicos que está solicitando. Por favor haga esta solicitud por escrito a HOPE Family Health, Attn: Navigator, Medical Records.

**Cambiar su información de salud si cree que esta incorrecta o no está completa.** Puede solicitar que modifiquemos la información de salud que conserva el centro. Si aceptamos su solicitud de cambiar su información de salud, el cambio se convertirá en un documento permanente en su registro de atención médica. Por favor haga esta solicitud por escrito a HOPE Family Health, Attn: Navigator, Medical Records.

**Solicitar una lista de a quién y cuando hemos divulgado su información de salud.** Puede solicitar una lista de divulgaciones de su información de salud que ha realizado el centro. Esta lista no incluirá divulgaciones de rutina de su información de salud para el tratamiento, pago u operaciones comerciales descritas en este aviso. Por favor haga esta solicitud por escrito a HOPE Family Health, Attn: Navigator, Medical Records.

**Recibir una copia impresa de este aviso de nosotros.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### **SU DERECHO A QUEJARSE**

**Quejas.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el centro o ante la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito y todas las quejas serán investigadas. Puede pedirle a cualquier miembro del personal que le entregue un formulario de queja.

**COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA PERSONAL**

**Tratamiento.** Usamos información sobre usted para brindarle tratamiento o servicios de atención médica ahora o en el futuro. Podemos, y muy probablemente lo haremos, divulgar su información a médicos, enfermeras y otro personal de atención médica que esté involucrado en su atención médica que esté involucrado en su atención.

**Para Fines de Auditorías:** Podemos divulgar su información para fines de auditoría de cualquier programa institucional, estatal o federal, según aplicable.

**Pago.** Podemos usar y divulgar información médica sobre los servicios y procedimientos que se le brindaron, de modo que puedan facturarse y cobrarse a usted, su compañía de seguros o una entidad de reembolso de terceros, como Compensación Laboral.

**Usos Operativos (Comerciales).** Podemos usar y divulgar su información de salud para operar el centro de manera eficiente y asegurarnos de que nuestros pacientes reciban atención de calidad.

**Recordatorios de Citas.** Podemos usar y divulgar su información de salud para comunicarnos con usted y recordarle de citas o de atención médica que necesita recibir. Podemos enviar postales a su dirección postal o dejar un mensaje en el número de teléfono que nos haya proporcionado. Podemos dejar mensajes en su contestador automático o con amigos o familiares que contesten el teléfono. **SI NO DESEA QUE LO CONTACTEMOS DE ESTA MANERA, DEBE COMUNICARNOSLO.**

**Requerido por la Ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

**Víctimas de Abuso Negligencia o Violencia Doméstica.** Podemos divulgar su información de salud a los refuerzos de la ley, los servicios sociales u otras agencias gubernamentales autorizadas para recibir el informe si tenemos razones para creer que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Compensación Laboral.** Podemos divulgar su información si así lo exigen las leyes de compensación laboral y otras leyes y reglamentos similares.

**Organizaciones de Emergencia.** En una emergencia, podemos divulgar información sobre usted para ayuda en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición estado y ubicación.

**Juicios y Disputas.** Si esta involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación judicial, orden judicial, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa. **Refuerzos de la Ley.** En respuesta a una orden judicial, citatorio, citación u otro proceso similar, podemos divulgar su información de salud a los oficiales de refuerzos de ley. Esto podría hacerse en un esfuerzo por ayudar a identificar o localizar a un sospechoso, testigo, o persona desaparecida. Esto también se puede hacer para compartir información sobre una víctima de un delito, una muerte que se cree que implica acciones delictivas, conducta delictiva en curso o delitos cometidos en las instalaciones del Centro. Esto también podría hacerse en situaciones de emergencia para reportar un delito o compartir detalles sobre un delito.

**Para Prevenir una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad.** Podemos usar y divulgar su información de salud a personas que necesitan saber cuándo sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud y seguridad de los demás. Si es donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención y los trasplantes de órganos.

**Problemas y Riesgos de Salud Pública.** Podemos divulgar su información de salud según lo requiera la ley o por su autorización con respecto a ciertas condiciones de salud para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, nacimientos y muertes, abuso o negligencia de niños o ancianos, reacciones a medicamentos o productos, retiros de productos y aviso de exposición a una condición.

**Investigaciones y Actividades Gubernamentales.** Podemos divulgar su información de salud a un agencia local, estatal o federal para actividades de supervisión autorizadas por la ley que pueden estar relacionadas con inspecciones, otorgamiento de licencias, conducta ilegal o cumplimiento de otras leyes y reglamentos, incluidas las leyes de derechos civiles.

**Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar su información de salud a un médico forense o examinador médico o directores de funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.

**Militar y Seguridad Nacional.** Si actualmente sirve en las fuerzas armadas o es un veterano, podemos divulgar su información de salud a las fuerzas armadas si así lo solicita. También podemos divulgar su información a funcionarios federales que realizan actividades de inteligencia y seguridad nacional.

**Estudios.** Podemos participar en estudios sobre el uso de ciertos protocolos de tratamiento que cuentan con la aprobación gubernamental y del centro correspondiente. En ese caso, aseguraríamos su consentimiento informado que identificara todos los aspectos de su participación, riesgos y beneficios y posible liberación.

**CAMBIOS A ESTE AVISO**

**Cambios a este Aviso.** Reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Publicaremos una copia del aviso actual en el centro con la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Puede solicitar una copia del aviso actual cada vez que visite el centro para recibir servicios o llamando al centro y solicitando que se le envíe el aviso actual por correo.

**INFORMACION DE CONTACTO DE PRIVACIDAD**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea presentar una queja, comuníquese con la Oficial de Privacidad del centro:

**Nombre:** Kaleigh Chitwood

**Dirección:** 1124 New Highway 52 East Westmoreland, TN 37186

**Teléfono:** 615-644-0664

**Correo Electrónico:** [kaleighchitwood@hopefamilyhealth.org](mailto:kaleighchitwood@hopefamilyhealth.org)