

## NOTIFICACIÓN SOBRE NUESTRA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA FORMA EN LA QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**FAVOR DE REVISAR ESTA INFORMACIÓN CON CUIDADO.**

Esta notificación describe las formas en las que podemos usar y divulgar su Información de Salud Protegida (*Protected Health Information* o PHI en inglés). La Información de Salud Protegida es la información médica personal que puede ser identificada en forma personal ya sea en sus expedientes médicos o de pago. Esto incluye información en papel, en forma electrónica y verbal creada o recibida por nosotros y que esté relacionada con los servicios de salud mentales o físicos, ya sea pasados, presentes o futuros, así como el pago por dichos servicios.

### I. Nuestra obligación legal

Por ley debemos mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida, hacer de su conocimiento tanto nuestras responsabilidades legales como nuestra práctica de privacidad con respecto a dicha información, y respetar los términos de esta notificación.

### II. Cómo podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización

#### A. Para tratamiento, pago y operaciones relacionadas con los cuidados de salud

1. **Tratamiento:** Es posible que usemos o divulguemos la información sobre su cuidado de salud cuando le estemos proporcionando, estemos coordinando o estemos a cargo de su cuidado de salud. Por ejemplo, es posible que pidamos algunas pruebas en nombre de usted, que consultemos con otros proveedores de salud involucrados en su cuidado, o que refiramos su cuidado a otro doctor.
2. **Pago:** Es posible que usemos o divulguemos la información sobre su cuidado de salud para obtener el pago de sus servicios de salud. Por ejemplo, es posible que usemos su información para enviarle a usted o a su seguro médico un cobro por los servicios de salud que recibió. Es posible que también enviemos la información necesaria para demostrar la validez de los cobros por los servicios.
3. **Operaciones relacionadas con los cuidados de salud:** Es posible que usemos o divulguemos su información como parte de la forma en la que operamos en el ámbito del sector salud. Estas actividades incluyen los asuntos relacionados con la forma en la que la empresa proporciona servicios de salud, incluidas las actividades para mejorar la clínica, entrenamiento de nuestros empleados, funciones de auditoría, análisis para reducir costos y servicio al cliente. Un ejemplo sería la evaluación interna de calidad y las actividades para mejorar la calidad.

#### B. Según lo estipule, permita o limite ley

1. **Estipulado por ley.** Es posible que usemos y divulguemos la información sobre su salud cuando ese uso o divulgación sea estipulado por la ley.
2. **Salud pública.** Es posible que divulguemos la información sobre su salud a las autoridades de salud pública con el objeto de reportar enfermedades contagiosas, para ayudar a prevenir o controlar algunas enfermedades, y para reportar problemas con productos y reacciones a medicinas a la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (*Food and Drug Administration*).
3. **Víctimas de abuso, negligencia o violencia.** Es posible que divulguemos su información a una agencia del gobierno autorizada por las leyes para recibir reportes de abuso, descuido o violencia.
4. **Actividades de regulación del sector de la salud.** Es posible que divulguemos la información sobre su salud a agencias autorizadas por la ley para realizar auditorías, investigaciones, inspecciones, dar licencias y otro tipo de procedimientos relacionados con la regulación del sistema de cuidados de la salud.

5. **Investigación.** Es posible que divulguemos información a investigadores luego de que así lo apruebe una Junta de revisión institucional (IRB por sus siglas en inglés) o Junta de privacidad como parte de los preparativos para un estudio de investigación, para reunir a sujetos de un estudio, o para ayudar en la realización de un estudio de investigación. La IRB o Junta de privacidad revisan las propuestas de investigación y establecen los protocolos destinados a proteger la seguridad de usted y la privacidad de su información de salud. En algunos casos, la IRB o Junta de privacidad pueden determinar que no se necesita autorización alguna si estima que el plan de la investigación representa solo un riesgo mínimo a la privacidad de la persona. Si la autorización fuera necesaria, se le pedirá que conceda la autorización informada y una clara autorización por escrito antes de que su información sea incluida en un estudio de investigación.
6. **Socios.** Ofrecemos algunos servicios por medio de contratos con nuestros socios. Cuando estos servicios son proporcionados por contratistas, es posible que divulguemos su información de salud con estos socios para que puedan realizar ciertas tareas para nosotros. Por las leyes estatales y federales, así como por los términos del contrato con nosotros, los socios tienen que mantener adecuadamente en forma segura su Información de Salud Protegida.
7. **Divulgación a familiares y amigos.** Nuestros profesionales de salud usan su buen juicio profesional para divulgar su información de salud con un miembro de la familia, un amigo personal o cualquier otra persona que usted indique hasta donde consideren que es prudente la participación de esa persona en el cuidado de usted o en el pago de su cuidado. Le daremos la oportunidad de negarse a dicha divulgación siempre que podamos hacerlo en forma razonable. Divulgaremos la información de salud de los menores de edad con sus padres o tutores cuando así lo permita o lo requiera la ley. En algunas situaciones, la información de salud de un menor de edad es confidencial y no será divulgada con los padres ni con los tutores sin la autorización del menor de edad.
8. **Procedimientos judiciales y administrativos.** Es posible que divulguemos su información sobre su salud como parte de un procedimiento judicial o administrativo según lo requiera una orden judicial o según sea permitido en respuesta a una citación legal, un requerimiento inicial de exhibición de pruebas u otro tipo de proceso legal.
9. **Autoridades y amenaza a la salud y seguridad pública.** Es posible que divulguemos su información de salud a un funcionario del orden público con el objeto de, por ejemplo, identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo o una persona desaparecida, o para cumplir con una orden de la corte, o por cualquier otro motivo relacionado con el orden público. Es posible que también divulguemos información de salud limitada para prevenir una grave amenaza de salud y seguridad.
10. **Apuntes de sicoterapia y/o sobre el trastorno por uso de sustancias.** Los apuntes que tome un profesional de salud mental durante una sesión de consejería son conservados como parte de nuestro sistema de expedientes médicos electrónicos y pueden ser usados y divulgados como se estipula en el resto de esta notificación. Cualquier apunte de sicoterapia y/o sobre el trastorno por uso de sustancias archivado en forma separada de sus expedientes médicos están protegidos en forma especial bajo HIPAA y divulgarlos por lo general requiere autorización. Sin embargo, es posible que divulguemos esos apuntes de sicoterapia y/o sobre el trastorno por uso de sustancias archivados en forma separada para tratamiento o para cuestiones de pago, por motivos de control que se hagan a nivel estatal o federal del profesional de salud mental, según limitado por ley, para uso de los médicos forenses, para evitar amenazas graves a la salud o seguridad, o conforme lo autorice la ley.
11. **Salud Reproductiva.** No podemos divulgar información relacionada con sus servicios de salud reproductiva para propósitos de actividades de regulación del sector de la salud, procedimientos judiciales y administrativos, cumplimiento de la ley, o divulgación a médicos forenses, si será utilizada para llevar a cabo investigaciones criminales, civiles, o administrativas en cuanto a, o para imponer responsabilidad criminal, civil o administrativa a cualquier persona por el mero acto de buscar, obtener, proveer, o facilitar servicios de salud reproductiva, cuando dicho cuidado de salud es legal bajo las circunstancias sobre las cual son provistos; o la identificación de cualquier persona para propósitos de llevar a cabo dichas investigaciones imponer dicha responsabilidad, a menos que se cumplan ciertos requisitos legales, o hayamos obtenido una atestación escrita de la persona que solicita la información, de que su uso o divulgación no será para un propósito prohibido.
12. **Funciones especializadas del gobierno.** Bajo ciertas circunstancias estrictamente limitadas, es posible que divulguemos su información de cuidados de salud por motivos militares, de seguridad nacional o del orden público en relación con una situación de custodia.
13. **Médicos forenses.** Es posible que su información de salud sea divulgada a los médicos forenses. Por ejemplo, esto puede ser necesario para determinar la causa de muerte.

14. **Indemnización laboral.** Tanto las leyes estatales como federales permiten la divulgación, sin su autorización, de parte de su información relacionada hasta cierto punto con el cuidado de su salud por una lesión relacionada con una indemnización laboral. Estos programas pueden proporcionar beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. También podemos usar o divulgar información sobre su salud para esfuerzos de recaudación de fondos si le damos la oportunidad primero de elegir no recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos.

15. **Comunicación con los pacientes.** Es posible que divulguemos su información de salud para poder comunicarnos con usted sobre su salud y sus cuidados de salud en forma oportuna, u otras actividades permitidas por ley. Por ejemplo recordatorios de una cita, encuestas de satisfacción del paciente, información sobre alternativas de tratamiento, o cartas y boletines sobre otros beneficios de salud y servicios que pueden ser de su interés.

Si recibimos cualquier pago por dichas comunicaciones, le diremos. Tiene el derecho, en cualquier momento, de negarse a recibir este tipo de comunicaciones por las cuales recibimos pago, y nosotros debemos respetar su solicitud. Cualquier comunicación pagada tendrá instrucciones claras y fáciles de encontrar sobre cómo dejar de recibir mensajes similares.

16. **Comunicaciones por teléfono.** Al dar su número de teléfono a LSCC, incluyendo un número de teléfono celular, usted acepta que LSCC y las empresas que trabajan a nombre de LSCC pueden comunicarse con usted en forma confidencial y dejar mensajes en ese número. Ciertos tipos de comunicación pueden ser pregrabados y marcados en forma automática, pero estas llamadas nunca tendrán comerciales ni tratarán de venderle algo. Los mensajes que le enviemos no tendrán información de salud delicada como la relacionada a su tratamiento, sus medicinas o su diagnóstico. Usted puede revocar la autorización para recibir mensajes regrabados y marcados en forma automática ya sea por escrito o verbalmente.

17. **Comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto.** En los casos en los que específicamente y por separado usted dio su autorización, es posible que hagamos algunas de las comunicaciones mencionadas antes por medio de correo electrónico o mensajes de texto. Incluso después de dar su autorización, usted tiene el derecho, en cualquier momento, de pedir que ya no le envíen esos mensajes y nosotros debemos respetar su decisión. Los mensajes incluirán instrucciones claras y fáciles de encontrar sobre cómo dejar de recibir dichos mensajes.

### III. Divulgación de información de ciertos residentes de bajos ingresos.

A. Lone Star Circle of Care forma parte del acuerdo de cuidados de salud organizados conocido como el *Community Care Collaborative Organized Health Care Arrangement* o CCC OHCA, por sus siglas en inglés. El CCC OHCA es un sistema organizado de cuidados de salud en el que los siguientes proveedores de cuidados de salud y los siguientes planes participan en actividades conjuntas, como las actividades para mejorar la calidad de los servicios y las actividades de pago:

- the Community Care Collaborative;
- the Travis County Healthcare District d/b/a Central Health;
- the Seton Healthcare Family;
- Lone Star Circle of Care;
- People's Community Clinic;
- CommUnityCare;
- Austin Travis County Integral Care;
- El Buen Samaritano;
- otros médicos, clínicas comunitarias y proveedores de cuidados de salud que ofrecen tratamiento en las sucursales de estas agencias clínicas; y

- ciertos planes de salud participantes que pagan por los servicios de salud de personas de bajos ingresos incluidos, pero sin limitarse a, los planes de salud Sendero (Sendero Health Plans).
- B. Si usted es residente de Travis County y cumple con ciertos requisitos de ingreso, de acuerdo con la información financiera que nos proporcionó y con nuestros lineamientos financieros, nosotros, y el resto de los proveedores de cuidados de salud y de los planes que participan en el CCC OHCA, compartirán la información médica, de cobros y otra información médica de usted entre ellos mismos según sea necesario para poder completar el tratamiento, el pago y ciertas actividades relacionadas con los cuidados de salud y de cualquier forma que sea permitida por la ley y esté estipulada en este aviso. Para obtener más información sobre el CCC OHCA visite: <http://www.ccc-ids.org/projects/health-it/organized-health-care-arrangement>.

#### IV. Usos divulgaciones que requieren su autorización

- A. A excepción de lo que se describe en esta notificación o de lo que permite la ley, nosotros no usaremos ni divulgaremos su Información de Salud Protegida sin recibir una autorización escrita de usted.
- B. Algunos ejemplos de usos o divulgaciones que requieren su autorización incluyen actividades de promoción publicitaria, la venta de su información de salud, el uso o divulgación de información de salud reproductiva o al amparo de 42 C.F.R. Parte 2, y la mayoría de los usos y divulgaciones en las cuales recibimos cualquier tipo de compensación.
- C. Requerimos un consentimiento independiente para el uso y divulgación de expedientes para uso en procedimientos civiles, criminales, administrativos o legislativos; y para el uso y divulgación de notas de consejería relacionadas con el trastorno de uso de sustancias. Toda divulgación hecha con el consentimiento del paciente incluirá una copia de dicho consentimiento o una explicación clara del ámbito de dicho consentimiento.
- D. Si nos da su autorización para usar o divulgar su información de salud, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, nosotros ya no podremos usar o divulgar su información de salud para los propósitos cubiertos en su autorización. La retracción de su permiso no tendrá efecto en las divulgaciones que hayamos realizado antes con su permiso.

#### V. Sus derechos sobre la información de salud

Usted tiene los siguientes derechos según las leyes estatales y federales con relación a su Información de Salud Protegida:

- A. **Acceso.** Usted tiene derecho de revisar y de recibir una copia de su información sobre su cuidado de salud. Este derecho de acceso incluye los expedientes médicos y relacionados con los cobros, pero no incluye acceso a los apuntes de sicoterapia. Su solicitud para revisar o recibir su información debe ser presentada en escrito ya sea con nuestro oficial de privacidad (*Privacy Officer*) cuya información de contacto aparece al final de este documento, con la persona encargada de conservar los expedientes (*Custodian of Records*), o con la recepción de cualquier sucursal de las clínicas. Tenemos un formulario (en inglés y español) que puede usar para completar su solicitud. Le proporcionaremos una copia electrónica de nuestros expedientes (o en otro formato si así lo desea) en menos de 15 días hábiles. Cuando lo permita la ley, es posible que se le cobre una tarifa razonable para cubrir el costo de poder darle las copias con su información.
- B. **Enmienda.** Si piensa que la información de salud que tenemos de usted es incorrecta o incompleta, tiene el derecho de pedir que la información sea enmendada. Su solicitud de enmienda debe ser hecha por escrito a nuestro oficial de privacidad, y debe incluir una razón por la cual solicita el cambio.
- C. **Reporte de divulgaciones.** Usted tiene el derecho de recibir una lista de algunas divulgaciones que hayamos hecho sobre su información de salud. Su solicitud para recibir una lista de estas divulgaciones debe ser hecha por escrito a nuestro oficial de privacidad, y debe incluir el periodo de tiempo del cual quiere recibir la información. Por ejemplo, puede interesarle ver una lista de divulgaciones que realizamos de su información en los últimos seis meses.
- D. **Notificación de acceso ilegal.** En algunos casos, tiene el derecho de recibir notificación de un incidente en el que nosotros o alguno de nuestros socios descubre un uso o una divulgación ilegal de su información de salud, incluyendo un acceso ilegal a su información de salud no protegida. La notificación de dicho uso o divulgación se hará de acuerdo con los requerimientos estatales y federales.
- E. **Restricciones para ciertos usos y divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre su tratamiento, pago o sobre las operaciones de cuidado de salud.

Si usted pagó de su propio bolsillo algún servicio o producto en específico, usted tiene el derecho de pedir que la información médica relacionada con ese servicio o ese producto específico no sea compartida con un plan de seguro de salud por motivos de pago o de operaciones de cuidado de salud, y nosotros tenemos la obligación de respetar su solicitud. También puede pedir que se ponga un límite a la información médica que compartimos de usted con alguien que participa en su cuidado o en el pago de su cuidado.

A excepción de lo mencionado antes, nosotros no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, respetaremos su solicitud a menos que la información restringida sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar las restricciones, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad.

- F. **Comunicación confidencial.** Tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos en una forma en particular o en un lugar en particular. Por ejemplo, puede pedir que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o que solo lo hagamos por correo electrónico. Para pedir que la comunicación se haga en forma privada, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad. No le preguntaremos la razón por la cual está haciendo su solicitud. Respetaremos todas las solicitudes que sean razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

#### **VI. Divulgación electrónica de su Información de Salud Protegida**

Lone Star Circle of Care puede divulgar en forma electrónica su Información de Salud Protegida por cuestiones de tratamiento, pago, operaciones relacionadas con el sector salud o según lo permitan las leyes estatales o federales. En cualquier otro caso, obtendremos su autorización antes de cualquier divulgación electrónica de su Información de Salud Protegida.

#### **VII. Modificaciones a esta notificación**

Esta notificación sobre nuestra práctica de privacidad es válida a partir del primero del 25 de junio de 2024 y tenemos la obligación de adherirnos a la notificación vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de la Notificación sobre nuestra práctica de privacidad y hacer efectivas las nuevas cláusulas de la notificación para cualquier Información de Salud Protegida que conservemos. Publicaremos claramente estas notificaciones en nuestras clínicas y en nuestras páginas web. También puede solicitar una copia escrita de la Notificación sobre nuestra práctica de privacidad actualizada de cualquiera de nuestras clínicas.

#### **VIII. Quejas**

Usted tiene ciertas opciones si piensa que fue violada la protección de su privacidad. Tiene el derecho de presentar una queja por escrito con nuestra oficina o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*U.S. Department of Health & Human Services Office of Civil Rights*) con relación a una violación de cualquiera de los términos de esta notificación de políticas y procedimientos de nuestra oficina. La ley prohíbe cualquier tipo de represalia contra las personas que presentan una queja.

Si tiene cualquier pregunta o desea más información sobre esta notificación, favor de comunicarse con el oficial de privacidad a:

**Lone Star Circle of Care  
Privacy Officer  
205 E. University Avenue, Suite 300  
Georgetown, TX 78626  
512.686.0152**

Para recibir más información sobre sus derechos de privacidad o para presentar una queja escriba o llame a:

**The U.S. Department of Health & Human Services Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
(202) 619-0257 o a la línea gratuita: 1-877-696-67750**

Violaciones al Programa Parte 2 al amparo de 42 C.F.R. Parte 2, por un participante del Programa Parte 2, es un crimen. Las sospechas sobre violaciones pueden ser dirigidas al United States Attorney para el distrito judicial en el cual ocurre la violación. Puede dirigir también cualquier violación sospechada a la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés).