



El Centro de Corazón

## Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información de salud y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Por favor léelo atentamente.**

### Sus Derechos

**Cuando se trata de su información médica protegida, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos relacionados con su información de salud protegida.

#### Obtenga una copia de su registro

- Puede solicitar una copia de su información médica protegida que tenemos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.

#### Pídanos que corrijamos su expediente médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud protegida sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacer esto.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de la oficina o por correo a una dirección diferente).

#### Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud protegida para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si afectaría su atención, excepto si usted paga un servicio o un artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad.

#### Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información médica protegida durante los seis años anteriores a la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué, excepto divulgaciones sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

#### Obtenga 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 impresa con prontitud.

#### Presentar una denuncia si siente que se vulneran sus derechos

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con el Gerente de Cumplimiento de El Centro por correo electrónico a [Compliance\\_Officer@elcentrochc.org](mailto:Compliance_Officer@elcentrochc.org). No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a través del Portal de quejas de la OCR, visite <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.

### Nuestros usos y divulgaciones

**¿Cómo utilizamos o compartimos normalmente su información de salud protegida?** Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud para:

#### Tratarle

- Podemos utilizar su información de salud protegida y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. *Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

#### Dirige nuestra organización

Fecha de vigencia de este aviso 1 de Septiembre de 2023



## El Centro de Corazón

- Podemos usar y compartir su información de salud protegida para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.  
*Ejemplo: Utilizamos su información de salud protegida para mejorar nuestros procesos de programación de citas.*

### **Factura por tus servicios**

- Podemos usar y compartir su información de salud protegida para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.  
*Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

**¿De qué otra manera usamos o compartimos su información de salud protegida?** Generalmente se nos permite o se nos exige compartir su información de otras formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Para más información ver Título 45 CFR §164.512 – *Usos y divulgaciones para los cuales no se requiere autorización.*

### **Asuntos de salud pública, seguridad y aplicación de la ley**

- Podemos compartir información médica protegida sobre usted con una autoridad de salud pública para prevenir enfermedades.
- Podemos compartir su información si creemos razonablemente que es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Podemos compartir información de salud protegida limitada sobre usted con las autoridades policiales con el fin de localizarlo si está desaparecido.

### **Investigación, donación de órganos/tejidos, fines de difunto**

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
- Podemos compartir información médica protegida sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud protegida con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

### **Cumplir con regulaciones**

- Compartiremos información sobre usted si las reglas estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere verificar que cumplimos con las reglas federales de privacidad.

### **Abordar la compensación laboral, propósitos legales o funciones gubernamentales especializadas**

- Para reclamos de compensación laboral
- Con organismos de control sanitario de las actividades reguladas.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
- Podemos compartir información de salud protegida sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **A menos que nos dé permiso por escrito, *NUNCA* compartiremos información de salud protegida para**

- Con fines de mercadeo
- Con fines de venta
- Notas de psicoterapia
- Fines de inmigración o estatus legal

**Nota:** No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos



## El Centro de Corazón

indique 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.

### **Nuestras Responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El aviso estará disponible a pedido. Además, cualquier aviso revisado estará disponible a través del sitio web en [www.elcentrodecorazon.org](http://www.elcentrodecorazon.org)

### **El Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

El Centro de Corazón es una organización de salud sin fines de lucro que participa en la red OCHIN. OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados a El Centro de Corazón y a los participantes de OCHIN. Su información de salud puede ser compartida por El Centro de Corazón con otros participantes de OCHIN en el acuerdo de atención médica organizado.

El Centro de Corazón's Gerente de Cumplimiento: [Aaliyah Richardson Compliance\\_Officer@elcentrochc.org](mailto:Aaliyah.Richardson@elcentrochc.org)  
7037 Capitol St. Houston, TX 77011 **713-660-1880**



El Centro de Corazón

**Acuse de recibo  
“Aviso de prácticas de privacidad” y  
“Derechos y responsabilidades del paciente y del centro”**

He leído una copia del “Aviso de prácticas de privacidad” de El Centro de Corazón y los “Derechos y responsabilidades del paciente y del centro”, que explican cómo se usará y divulgará mi información de salud y mis derechos y responsabilidades como miembro de El Centro de Paciente Corazón, respectivamente. Entiendo que se puede obtener una copia de esta información en el sitio web en [www.elcentrodecorazon.org](http://www.elcentrodecorazon.org).

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Si lo completa el representante personal de un paciente o si el paciente es menor de edad, imprima y firme su nombre en el espacio a continuación.

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha