



## **Aviso de prácticas de privacidad Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

---

*Vigencia: abril de 2004  
Última revisión: 1.º de enero de 2021*

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.**

### **Quién realizará el seguimiento de este aviso:**

Este aviso describe las prácticas de Renown Health. Renown Health incluye sus empleados, personal médico, practicantes, grupos de voluntarios, estudiantes de medicina, toda persona autorizada a ingresar información en sus registros médicos, empleados contratados, socios comerciales y sus empleados, y otro personal de atención de la salud. Para los fines de este aviso, se hará referencia a las entidades en este aviso como "Renown Health". Las ubicaciones que están sujetas a este aviso incluyen, pero no se limitan a: Renown Regional Medical Center, Renown South Meadows Medical Center, Renown Rehabilitation Hospital, Renown Skilled Nursing, todos los grupos médicos y de especialidad Renown, lugares de atención urgente, laboratorio y de obtención de imágenes de Renown, Renown Home Health y Renown Accountable Care Organization (ACO).

### **Sus derechos**

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia en papel o electrónica de sus registros médicos
- Corregir sus registros médicos en papel o electrónicos
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

### **Sus opciones**

Tiene algunas opciones en la manera en que usamos y compartimos la información, mientras nosotros hacemos lo siguiente:

- Informamos a familiares y amigos sobre su afección
- Proporcionamos ayuda en casos de desastre
- Lo incluimos en un directorio del hospital
- Proporcionamos atención de salud mental
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Aumentamos los fondos

## **Nuestros usos y divulgaciones**

Podemos usar y compartir su información mientras:

- Le proporcionamos tratamiento
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos por sus servicios
- Ayudamos con problemas de salud pública y seguridad
- Realizamos investigaciones
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajamos con un médico forense o un director de funeraria
- Abordamos la compensación de los trabajadores, la aplicación de las leyes y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

## **Sus derechos**

**En lo referente a su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

### **Obtenga una copia en papel o electrónica de sus registros médicos**

- Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de sus registros médicos y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Facilitaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente en el plazo de 30 días tras su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable y basada en los costos.

### **Pídanos corregir sus registros médicos**

- Puede pedirnos corregir la información médica sobre usted que cree que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le explicaremos la razón por escrito en un plazo de 60 días.

### **Solicite comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted en una forma específica (por ejemplo, por teléfono de casa o de oficina) o para enviar un correo a una dirección diferente.
- Responderemos “sí” a todas las solicitudes razonables.

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

- Puede pedirnos no usar ni compartir cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir que “no” si pudiera afectar a su atención.
- Si paga por un servicio o un elemento de atención de salud en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito del pago o de nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que la ley nos exija compartir esa información.

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

- Puede pedir una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante seis años antes de la fecha en que pregunta, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relativas al tratamiento, el pago y las operaciones de atención de salud, así como algunas otras divulgaciones (como cualquiera que haya pedido hacer). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable y basada en costos si usted solicita otra en un plazo de 12 meses.

### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel inmediatamente. Puede obtener una copia actualizada de este aviso en [www.Renown.org](http://www.Renown.org)

- Para hacer una solicitud de inspección de su historia clínica, informe de divulgaciones, restricciones sobre la información que podemos divulgar o comunicaciones confidenciales, envíe su solicitud por escrito a esta dirección:

Renown Health Chief Compliance/Privacy Officer  
1155 Mill St., Mail Stop N-14  
Reno, NV 89502

- Para hacer una solicitud de enmienda a su historia clínica, por favor, envíe su solicitud por correo a:  
Release of Information  
850 Harvard Way, Mailstop B-3  
Reno, NV 89502

### **Elija a alguien que actúe por usted**

- Si ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y puede actuar para usted antes de tomar cualquier medida.

### **Presente una queja si cree que se violan sus derechos**

- Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose al 775-982-8300. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) o puede presentar una queja por escrito a esta dirección:

Renown Health Compliance/Privacy Officer  
1155 Mill St, Mail Stop N-14  
Reno, NV 89502-1474

- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

## **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja**

### **Sus opciones**

**Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara por la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedirnos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en su atención
- Compartir información en una situación en caso de desastre
- Incluir su información en un directorio del hospital

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

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de comercialización
- Venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos contactarlo para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo hagamos de nuevo.
- Si no desea que el hospital se ponga en contacto con usted para recaudar fondos, puede notificarlo por escrito a la siguiente dirección:

Renown Health Chief Compliance/Privacy Officer  
1155 Mill St, Mail Stop N-14  
Reno NV 89502-1474

### **Nuestros usos y divulgaciones**

#### **¿Cómo utilizamos o compartimos su información médica normalmente?**

Normalmente utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

#### **Le proporcionamos tratamiento**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo tratan.

*Ejemplo: Un médico que le proporcione tratamiento por un daño pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

#### **Dirigimos nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.*

### **Facturamos por sus servicios**

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.*

### **Aviso para los pacientes respecto de la destrucción de registros de atención médica:**

Conforme a los Estatutos Revisados de Nevada (NRS, en inglés) 629.051, sus registros médicos guardados regularmente se conservarán durante cinco años después de la recepción o producción, a menos que la ley federal especifique lo contrario. Si tiene menos de 23 años a la fecha de destrucción, no se destruirán sus registros; después de cumplir 23 años, se destruirán sus registros después de cinco años de conservación, a menos que la ley federal especifique lo contrario.

### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras, normalmente de forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Ayuda con problemas de salud pública y seguridad**

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, como por ejemplo:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con la retirada de medicamentos
- Reporte de reacciones adversas a medicamentos
- Reporte de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

### **Realización de investigaciones**

En determinadas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación.

- Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento a aquellos que recibieron otro para la misma afección.

Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes de la privacidad de su información de salud. También podemos permitir a los investigadores revisar

su información para prepararse para estudios de investigación, siempre y cuando no se elimine o se haga una copia de su información.

Podemos ponernos en contacto con usted para ver si está interesado en participar en un estudio de investigación, a menos que usted opte por no hacerlo. Si desea dejar de recibir información relacionada con las oportunidades de investigación, puede ponerse en contacto de las siguientes formas:

Por teléfono: 775-982-2781

Por correo electrónico: opt-out@renown.org

### **Cumplimiento de la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### **Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.

### **Trabajo con un médico forense o director de funeraria**

Podemos compartir información médica con un perito forense, médico forense o un director funerario cuando una persona muere.

### **Abordaje de la compensación de los trabajadores, la aplicación de las leyes y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores
- Con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de cumplimiento de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como el militar, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

### **Respuestas a demandas legales y acciones legales**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Investigaciones de un Gran Jurado y de un Fiscal General de Nevada.**

Podemos divulgar información médica si así nos lo solicita un investigador para el Fiscal General o un Gran Jurado de Nevada que investiga una presunta violación de las leyes de Nevada que prohíben la negligencia hacia los pacientes, el abuso de personas mayores o la presentación de reclamaciones falsas al programa Medicaid. También podemos divulgar información médica a un investigador para el Fiscal General de Nevada que investiga una presunta violación de las leyes de indemnización del trabajador de Nevada.

### **Junta de médicos forenses de Nevada/Consejo estatal de medicina osteopática**

En el caso de que un proveedor no pueda mantener abierto su consultorio debido a muerte, discapacidad, confinamiento u otra incapacidad, la Junta de médicos forenses puede tomar

posesión de los registros del paciente en posesión del proveedor con el propósito de hacer los registros disponibles para los pacientes o remitir los registros al nuevo proveedor del paciente.

### **Tratamiento de adicciones**

Renown cumplirá con el título 42, parte 2 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) para cualquier programa que esté sujeto a su supervisión.

### **OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Los demás usos y divulgaciones de información médica no detallados por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica al firmar una autorización, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por los motivos detallados en su autorización por escrito.

### **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le avisaremos inmediatamente si se produce un incumplimiento que podría haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y facilitarle una copia de ella.
- No usaremos o compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted 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.

Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestro consultorio y en nuestro sitio web.

**ACUSE DE RECIBO  
DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Por la presente reconozco que he recibido adjunto el aviso de prácticas de privacidad de Renown Health.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o de su representante personal*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente*

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

FOR RENOWN USE ONLY

Reason acknowledgement was not obtained:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Renown employee completing this form (*Please print*): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Renown Entity: \_\_\_\_\_

*Scan form to: HIPAA*



Audit and Compliance  
1155 Mill St., MS N-14  
Reno, NV 89502  
775-982-8300



HIPAA

Patient Label