

## RESUMEN DEL AVISO SOBRE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

**Nuestra obligación legal:** Tenemos el deber de proteger, con carácter confidencial, los datos médicos sobre su persona. Se nos exige entregarle un Aviso sobre procedimientos de privacidad, que detalla las diversas formas en que tenemos derecho a utilizar y divulgar sus datos médicos. En éste también se describen sus derechos y nuestras obligaciones sobre el uso y divulgación de los datos médicos sobre su persona.

**Partes que cumplirán con el Aviso:** Cumplirán con el Aviso el Hospital y sus afiliadas, los profesionales de atención a la salud, el personal y los voluntarios de éstos; el plantel médico del Hospital y aquellas personas que participen con el Hospital en redes de atención administrada; así como otras entidades jurídicas que presten servicios al Hospital.

**Uso y divulgación de los datos médicos sobre su persona:** Tenemos derecho a utilizar o divulgar datos de salud identificables con su persona por varios motivos, entre ellos los siguientes:

- Tratamiento
- Pago de honorarios
- Procedimientos en materia de atención a la salud
- Actividades de supervisión sanitaria
- Fines de salud pública
- Auditorías
- Seguridad nacional y servicios de protección
- Investigaciones
- Indemnización por accidentes de trabajo
- Juicios y disputas
- Fines vinculados a la aplicación de la ley
- Actividades de las redes de atención administrada en las que participemos
- Actividades de nuestras afiliadas
- Recordatorios de citas
- Campañas de recaudación de fondos
- Donación de órganos
- Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad personal
- A médicos forenses y directores de empresas fúnebres
- A autoridades militares
- En los casos exigidos por ley

Por lo general, usted deberá otorgar una autorización escrita para otros casos de uso y divulgación de sus datos médicos. Tenemos derecho a utilizar o divulgar ciertos datos limitados sobre su persona, a menos que usted lo objete o solicite que se limite la divulgación, en los siguientes casos:

- Directorios de hospitales
- Personas que participan en su atención médica o pago de honorarios

### **Sus derechos de privacidad:**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a sus datos de salud:

- El derecho de solicitar comunicaciones con carácter confidencial y otras formas de comunicación dirigidas a usted.
- El derecho de solicitar restricciones en ciertos usos de los datos de salud.
- El derecho de inspeccionar y copiar ciertos datos médicos que consten en nuestros archivos.
- El derecho de solicitar una modificación de sus datos de salud.
- El derecho de solicitar un listado de ciertos casos en que se han divulgado sus datos de salud.

**Modificaciones del Aviso:** Nos reservamos el derecho de modificar el Aviso, y anunciaremos el Aviso actualizado en el Hospital.

**Quejas:** Si cree que se han violado sus derechos, podrá presentar una queja por escrito ante La Oficina de Privacidad del Sistema de Salud Grady o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (*U.S. Department of Health and Human Services*).

---

## RATIFICACIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Ratificación del paciente:** Ratifico haber recibido una copia del Aviso sobre procedimientos de privacidad correspondiente al Sistema de Salud Grady. Asimismo, ratifico que se me ha concedido la oportunidad de formular preguntas sobre el Aviso.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo del personal del Hospital:** [Llenar si el paciente no firmó la ratificación]

Se le entregó al paciente una copia del Aviso sobre procedimientos de privacidad y se intentó de buena fe hacer que éste lo firmara como acuse de recibo del Aviso. No fue posible obtener la ratificación porque \_\_\_\_\_.

Firma del representante del Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_