

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
de la  
**UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA HEALTH CARE SYSTEM**  
**ENTIDAD AFILIADA CUBIERTA Y DEL ACUERDO PARA EL CUIDADO ORGANIZADO DE**  
**LA SALUD Y OTROS AFILIADOS**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Fecha de vigencia original: 10 de marzo de 2003  
**Fecha de vigencia de esta versión: 1 de julio de 2015**

**QUIÉN SIGUE ESTE AVISO**

Los siguientes miembros y afiliados de University of North Carolina Health Care System («UNCHCS») (denominados en este documento individualmente como una «entidad» y en forma colectiva como «entidades») y los proveedores de cuidados de la salud individuales que le proporcionan cuidados de la salud en las ubicaciones de las entidades, cumplen con las prácticas de privacidad que se describen en este aviso:

UNCHCS ENTIDAD AFILIADA CUBIERTA Y LOS MIEMBROS DEL ACUERDO PARA EL CUIDADO ORGANIZADO DE LA SALUD:

UNC HOSPITALS  
THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL, SCHOOL OF MEDICINE  
UNC PHYSICIANS NETWORK, LLC  
UNC PHYSICIANS NETWORK GROUP PRACTICES, LLC  
REX HOSPITAL, INC.  
CHATHAM HOSPITAL, INCORPORATED  
CALDWELL MEMORIAL HOSPITAL, INCORPORATED  
HIGH POINT REGIONAL HEALTH  
REGIONAL PHYSICIANS, LLC  
PREMIER SURGERY CENTER, LLC

OTROS AFILIADOS DE UNCHCS:

HENDERSON COUNTY HOSPITAL CORPORATION D/B/A MARGARET R. PARDEE MEMORIAL HOSPITAL  
JOHNSTON HEALTH SERVICES CORPORATION D/B/A JOHNSTON HEALTH  
NASH HOSPITALS, INC.  
NASH MSO, INC.  
NHCS PHYSICIANS, INC.

Cuando los médicos, enfermeras y otras personas que no son empleados de ninguna de estas entidades le proporcionan cuidados en las localidades de estas entidades, ellos son parte del acuerdo para el cuidado organizado de la salud de la entidad y tienen que acatar este aviso. En

este aviso se refieren a estas entidades y personas en forma individual y colectiva como «UNC Health Care System» o «nosotros».

Puede que los miembros del acuerdo para el cuidado organizado de la salud compartan información de la salud sobre usted entre ellos para el tratamiento, pago o con el propósito de las operaciones del negocio de cuidados de la salud del acuerdo para el cuidado organizado de la salud como se describe en este aviso.

---

## **A. NUESTRAS OBLIGACIONES DE PROTEGER SU INFORMACIÓN DE LA SALUD**

---

Por ley estamos obligados a proteger la privacidad de su información de la salud protegida, proporcionarle el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de la privacidad con respecto a información de la salud protegida y notificar a los individuos afectados después de una violación a su información de la salud protegida no asegurada. La información de la salud protegida (Protected Health Information - PHI por sus siglas en inglés) incluye información que nosotros recopilamos sobre su salud pasada, presente y futura, cuidado de la salud que nosotros le proporcionamos y pago por el cuidado de su salud.

También se nos exige acatar los términos de este aviso, que es el aviso actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer nuevas provisiones aplicables a toda la PHI protegida que mantenemos. Si cambiamos este aviso le proporcionaremos un aviso revisado al:

- Fijar carteles del aviso revisado en nuestras instalaciones de servicio (hospitales, clínicas, residencias de ancianos y convalecientes, etc.);
- Hacer copias del aviso revisado a solicitud (ya sea en nuestras oficinas o a través de la persona de contacto listada en este aviso); y
- Publicar el aviso revisado en nuestra página web, [www.unchealthcare.org](http://www.unchealthcare.org).

---

## **B. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE LA SALUD PROTEGIDA**

---

La ley federal requiere que protejamos la privacidad de su PHI. Además la ley de Carolina del Norte no solamente protege sus derechos de privacidad, sino también su relación con su médico y, si aplica, con su proveedor de cuidados de la salud mental. La ley estatal, en muchos casos, limita la divulgación de su información (y aquella de su médico o proveedor de cuidados de la salud mental). Sin embargo, puede que divulguemos su información de la salud bajo la ley estatal y federal para tratamiento, pago y operaciones del negocio de cuidados de la salud con su consentimiento; de acuerdo a una orden de la corte o conforme sea permitido o requerido por la ley. Pediremos que firme un «consentimiento general para recibir tratamiento» el cual pide su permiso para proveerle tratamiento y proporciona otra información y autorizaciones. Este «consentimiento general para recibir tratamiento» también pide que usted firme una declaración que confirma haber recibido una copia de este aviso y es diferente de una «autorización» que se menciona en otras partes de este aviso.

1. **La ley estatal de Carolina del Norte y la ley federal nos permiten usar y divulgar su PHI con el propósito de proporcionarle tratamiento, obtener pago por esos servicios y por las operaciones del negocio de cuidados de la salud. Estos fines se describen a continuación.**

**Tratamiento:** Nosotros necesitamos usar y divulgar la PHI acerca de usted para proporcionar, coordinar o dirigir su cuidado de la salud y servicios relacionados. Esto puede incluir comunicarse con otros proveedores de cuidados de la salud con relación a su tratamiento y coordinar y dirigir su cuidado con otros. Por ejemplo, necesitamos usar y divulgar su PHI tanto dentro como fuera de nuestro sistema cuando usted necesita recetas médicas, pruebas de laboratorio, rayos-x u otros servicios de cuidados de la salud. Además, necesitamos usar y divulgar su PHI al remitirle a otro proveedor de cuidados de la salud.

**EJEMPLO:** Un doctor que le está tratando por una pierna rota puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede hacer más lento el proceso de sanación. Además, el doctor podría necesitar comunicarle al dietista si usted es diabético para que hagamos los arreglos necesarios para proporcionarle las comidas adecuadas. Los departamentos de este hospital o los médicos pueden también necesitar compartir la PHI acerca de usted, dentro y fuera de nuestro sistema, a fin de coordinar diferentes servicios que usted pueda necesitar, tales como recetas médicas, pruebas de laboratorio y rayos-x. Podríamos también necesitar divulgar la PHI acerca de usted a personas ajenas al hospital que pudieran estar involucradas en su cuidado médico después de que usted deje el hospital, tales como proveedores de cuidados de la salud que van a su casa u otros que pudieran prestar servicios que forman parte de su cuidado.

**Pago:** Generalmente, necesitamos usar y dar su PHI a otros, para facturar y cobrar el pago por los tratamientos y servicios que le proporcionamos. Antes de recibir servicios programados, podría necesitar compartir información acerca de estos servicios con su(s) plan(es) de seguro médico. Compartir la información nos permite solicitar cobertura bajo su plan de salud o póliza y para obtener aprobación de pago antes de prestarle los servicios. Podríamos también necesitar compartir parte de la información médica acerca de usted con los siguientes:

- Departamentos de facturación;
- Agencias o departamentos de cobros, o abogados ayudándonos con los cobros, incluyendo la Oficina del Fiscal General de Carolina del Norte;
- Compañías de seguros, planes de salud y sus agentes que pueden ser responsables del pago de sus facturas por el cuidado de salud;
- Departamentos del hospital que revisen el cuidado que recibió para verificar si el cuidado y los costos relacionados con él son apropiados para su enfermedad o herida;
- Agencias de reporte al consumidor (por ejemplo, agencias de crédito); y

- Otros que sean responsables por sus cuentas, tales como su cónyuge o un garante de sus cuentas, según sea necesario para cobrar el pago.

**EJEMPLO:** Supongamos que usted tiene una pierna rota. Podemos necesitar darle a su plan de seguro de salud la información acerca de su afección, los suministros que se usaron (tales como la mezcla para hacer el yeso o las muletas), y servicios que recibió (tales como rayos-x o cirugía). La información se le da a nuestro departamento de facturación y a su compañía de seguro para que nos puedan pagar o puedan reembolsarlo a usted. Podemos también necesitar enviar esa misma información a un departamento interno que revisa nuestros cuidados de su enfermedad o lesión.

Si usted nos proporcionó un número de teléfono celular puede que lo usemos para contactarlo con relación a facturación y cobros a menos que usted nos indique lo contrario.

**Operaciones del negocio de cuidados de la salud:** Necesitamos usar y divulgar la PHI al desempeñar actividades de negocios, las cuales llamamos «operaciones del negocio de cuidados de la salud». Estas «operaciones del negocio de cuidados de la salud» nos permiten mejorar la calidad del cuidado que proveemos y reducir los costos. También podríamos usar su PHI para nuestras «operaciones del negocio de cuidados de la salud» y aquellas del acuerdo para el cuidado organizado de la salud en el que nosotros participamos. Además, podríamos necesitar divulgar su PHI para las «operaciones del negocio de cuidados de la salud» de otros proveedores involucrados en su cuidado para mejorar la calidad, eficiencia y costos de su cuidado o para evaluar y mejorar el rendimiento de sus proveedores. También podríamos disponer, examinar o utilizar muestras excedentes o sobrantes de su sangre, orina, otros líquidos corporales o tejido que ya no tiene valor para su cuidado y tratamiento (en forma colectiva, «muestras excedentes») y su PHI relacionada para «operaciones del negocio de cuidados de la salud» e investigación, consistente con este aviso. Ejemplos de cómo pudiéramos necesitar usar o divulgar la PHI y las muestras sobrantes para «operaciones del cuidado de la salud» incluyen los siguientes:

- *Revisión y mejoramiento de la calidad, eficiencia y costo del cuidado que le proporcionamos a usted y a nuestros otros pacientes.* Por ejemplo podríamos necesitar usar su PHI para desarrollar maneras de asistir a nuestros proveedores de cuidados de la salud y al personal en la decisión de cuál tratamiento médico se debe proporcionar a otros.
- *Mejorar el cuidado de la salud y disminuir los costos para grupos de individuos con problemas de salud similares y para asistir en la dirección y coordinación de los cuidados para estos grupos.* Podríamos necesitar usar la PHI para identificar grupos de individuos con problemas de salud similares para darles información, por ejemplo, sobre tratamientos alternativos, clases o procedimientos nuevos.
- *Revisión y evaluación de destrezas, calificaciones y rendimiento de los proveedores de cuidados de la salud que cuidan de usted.*

- *Proporcionar programas de adiestramiento para estudiantes, personal que se está adiestrando, proveedores de cuidados de la salud o personal no-médico (por ejemplo los empleados encargados de facturación, los asistentes, etc.) para ayudarlos a practicar o mejorar sus destrezas.*
- *Cooperación con organizaciones ajenas al hospital que evalúan la calidad del cuidado que nosotros y otros prestamos. Estas organizaciones pueden incluir agencias gubernamentales u organismos de acreditación como The Joint Commission.*
- *Cooperación con organizaciones ajenas al hospital que evalúan, certifican o acreditan proveedores de cuidados de la salud, personal o instalaciones en un campo o especialidad en particular. Por ejemplo, pudiéramos necesitar usar o divulgar la PHI para que una de nuestras enfermeras pueda certificarse por tener experiencia en un campo específico de la enfermería, tal como la enfermería pediátrica, o a organizaciones que acreditan nuestros programas especiales tales como nuestros programas de cáncer o de traumas.*
- *Ayudar a diversos individuos que revisan nuestras actividades. Por ejemplo, la PHI puede ser vista por los doctores que están revisando los servicios que se le han proporcionado a usted, y por contadores, abogados y otros que nos ayudan a cumplir con las leyes pertinentes.*
- *Planificación de operaciones futuras de nuestra organización y recaudación de fondos para el beneficio de nuestra organización.*
- *Desempeño de actividades gerenciales del negocio y actividades administrativas en general relacionadas con nuestra organización y los servicios que proporciona como las actividades llevadas a cabo por el Departamento Legal y de Minimización de Riesgos.*
- *Resolución interna de procedimientos de queja.*
- *Revisión de actividades y uso o divulgación de la PHI, en la eventualidad de venta de nuestra empresa, propiedad o entrega del control de nuestra empresa o propiedad a alguien más.*
- *Cumplimiento de este aviso y las leyes pertinentes.*

**Asociados de negocios:** Hay algunos servicios que proporcionamos por contrato con individuos o empresas, como instalaciones de almacenamiento de fuera, servicios de copia de expedientes médicos y compañías aseguradoras emisoras de pólizas de responsabilidad civil. Podemos divulgar su PHI a estos contratistas para que ellos puedan llevar a cabo los servicios que les pedimos que desempeñen. A estos contratistas se les llama «asociados de negocios». Para proteger su PHI, se requiere por ley que los «asociados de negocios» provean garantías y procedimientos apropiados para la privacidad y seguridad de la PHI que se les confió bajo contrato.

**Actividades para recaudar fondos:** Puede que usemos o divulguemos cierta PHI sobre usted, incluyendo divulgarla a una de nuestras fundaciones para contactarle para recaudar fondos para nuestros servicios y operaciones. La información que podemos utilizar o divulgar con esta finalidad incluye su(s) médico(s) tratante(s), departamento(s) de servicios, información de los resultados en relación con el tratamiento o servicios que recibió, estado del seguro e información demográfica (incluyendo direcciones, información de contacto, edad, fecha de nacimiento y sexo), así como la fecha en que recibió el tratamiento o servicios. Usted tiene el derecho de rehusar seguir recibiendo estas comunicaciones. Si usted no desea que utilicemos su PHI para contactarle en nuestros esfuerzos para recaudar fondos, llame por teléfono o escriba a la dirección que se encuentra en la última página de este aviso. Adicionalmente, cada comunicación con usted de parte nuestra para recaudar fondos (donde usamos la PHI para dirigir la comunicación) le proporcionará la oportunidad y los medios de optar por no recibir comunicaciones para recaudar fondos en el futuro.

**2. Podríamos usar y divulgar la PHI bajo otras circunstancias sin su autorización o sin la oportunidad de concordar u oponerse.**

Podemos usar o divulgar su PHI en un sinnúmero de circunstancias en las cuales usted no tiene que consentir, dar autorización o de otra manera tener la oportunidad de concordar u oponerse. Sin embargo, algunas leyes de Carolina del Norte en relación con tipos específicos de tratamiento pueden proveerle más protección y esas protecciones especiales se discuten en la subsección B.4 a continuación. Las circunstancias en las que usted no tiene que consentir, autorizar o de otra manera tener la oportunidad de concordar u oponerse incluyen:

- *Cuando el uso o divulgación se requiere por ley.* Por ejemplo, cuando por ley federal, estatal o local o por otro procedimiento judicial o administrativo se requiere una divulgación.
- *Cuando el uso o divulgación es necesario para actividades de salud pública.* Por ejemplo, podemos divulgar su PHI si usted ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa o si está a riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección (sujeto a las restricciones especiales discutidas en el inciso B.4 más adelante). Esto incluye divulgación de por vida al North Carolina Cancer Registry, de la información acerca de pacientes con cáncer que tratamos.
- *Cuando la divulgación concierne a víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.*
- *Cuando el uso o divulgación es por razón de vigilancia de actividades de salud.* Por ejemplo, podemos discutir su PHI con una agencia estatal o federal de vigilancia de actividades de salud tales como North Carolina Division of Health Regulation Services, que está autorizado por la ley a vigilar nuestro funcionamiento. (sujeto a las restricciones especiales discutidas en la subsección B.4 a continuación).

- *Cuando la divulgación es para procedimientos judiciales y administrativos.* Por ejemplo, podemos divulgar su PHI en acatamiento a una orden de la corte o un tribunal administrativo.
- *Cuando la divulgación es por razones de cumplimiento de la ley.* Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes que requieren dar cuenta de ciertos tipos de heridas u otras lesiones físicas.
- *Cuando el uso o divulgación se relaciona con difuntos.* Por ejemplo, podemos divulgar la PHI acerca de usted a un pesquisidor o médico forense con el propósito de identificarlo en el caso de que usted muera.
- *Cuando el uso o divulgación se hace con el propósito de facilitar la donación o trasplante de un órgano, ojo o tejido.*
- *Cuando el uso o divulgación se relaciona con la investigación médica.* Puede que divulguemos su PHI y las muestras sobrantes, para investigación que esté aprobada por un comité de revisión de investigación y para el que no se requiere, por ley, su consentimiento. También podemos revisar su PHI para determinar si usted califica para participar en un estudio de investigación o autorizar a un investigador a que se comuniquen con usted para determinar si a usted le interesa participar en un estudio de investigación.
- *Cuando el uso o divulgación es para proteger contra una grave amenaza a la salud o la seguridad.* Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para evitar o disminuir una grave e inminente amenaza a la salud o a la seguridad de una persona o del público.
- *Cuando el uso o divulgación se relaciona con funciones gubernamentales especializadas.* Por ejemplo, podemos divulgar la PHI acerca de usted si se relaciona con actividades militares o de los veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia, servicios de protección para el Presidente e idoneidad médica o las determinaciones médicas del Departamento de Estado.
- *Cuando el uso o divulgación es en relación con instituciones correccionales y en otras situaciones de custodia de cuerpos policiales.* Por ejemplo, en ciertas circunstancias, podemos divulgar la PHI acerca de usted a una institución correccional con custodia legal sobre usted.
- *Cuando el uso o divulgación es obligatorio bajo las leyes de Carolina del Norte en materia de compensación al trabajador.* Por ejemplo, en ciertos casos, podemos divulgar su PHI a su empleador y a la compañía de seguro de su empleador que cubre por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **3. Usted se puede oponer a ciertos usos y divulgaciones.**

A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su PHI en las siguientes circunstancias (sujeto a las restricciones especiales que se discuten en el inciso B.4 más adelante).

- Podemos compartir su ubicación en la instalación y su condición en general (crítica, grave, etc.) en nuestra lista de pacientes con personas que pregunten por usted por su nombre. Además, esta información, incluyendo afiliación religiosa, está incluida en una lista para el clero y se compartirá a petición, con clérigos de la comunidad (no empleados por UNC Health Care System).
- Podemos compartir con un miembro de la familia, pariente, amigo u otra persona identificada por usted, la PHI directamente relacionada con la participación de esa persona en su cuidado o en el pago por su cuidado. Podemos compartir con un miembro de la familia, representante autorizado u otra persona responsable de su cuidado la PHI necesaria para notificar a dichas personas sobre su ubicación, condición general o fallecimiento.
- Podemos compartir con una agencia pública o privada (por ejemplo, la Cruz Roja Americana) la PHI acerca de usted por razones de auxilio en casos de desastre. Aun cuando usted se oponga, podemos compartir la PHI acerca de usted, si es necesario en circunstancias de emergencia.

Si usted se quiere oponer a nuestro uso o divulgación de su PHI en las circunstancias que se mencionan arriba, por favor comuníquese con nuestra persona de contacto cuyo nombre se encuentra en la primera página de este aviso.

#### **4. Podríamos usar y divulgar su PHI en algunas circunstancias solo con su autorización.**

En el caso que queramos usar o divulgar su PHI con propósitos de mercadeo o vender cualquier parte de su PHI, solo lo haremos después de obtener su autorización. También pediremos su autorización antes de utilizar o divulgar notas de psicoterapia que haya hecho su proveedor de salud mental durante una sesión de asesoría, excepto cuando las utilizamos o divulgamos para ciertos propósitos limitados de tratamiento, pago y operaciones del negocio de cuidados de la salud; supervisión del gobierno; o para proteger la vida o la salud de cualquier persona. Para cualquier otro uso o divulgación de su PHI de otra manera no descrito en este aviso de prácticas de privacidad, nosotros pediremos su autorización.

Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su PHI, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, no podremos usar o divulgar su PHI con los propósitos incluidos en su autorización escrita. Sin embargo, no podemos cambiar las divulgaciones ya hechas de conformidad con una autorización válida.

#### **5. Puede que usted tenga derechos adicionales bajo otras leyes.**

Algunas leyes de Carolina del Norte le proporcionan más protección para tipos específicos de información que las leyes federales protegiendo la privacidad de su PHI, y donde proceda, nosotros cumpliremos con los requisitos de esas leyes de Carolina del Norte. Algunas de estas leyes se discuten en otras secciones precedentes. Además, las siguientes leyes pueden aplicar al tratamiento que nosotros le damos a usted:

- Si usted tiene una de varias enfermedades contagiosas específicas (por ejemplo, tuberculosis, sífilis o VIH/SIDA), la información sobre su enfermedad se tratará como confidencial, y se divulgará sin su autorización escrita solo en circunstancias limitadas. Podríamos no necesitar obtener su permiso para denunciar información acerca de su enfermedad contagiosa a los oficiales estatales o locales o de otra manera usar o divulgar información con la finalidad de proteger en contra del contagio de la enfermedad.
- Bajo la ley de Carolina del Norte, nuestra farmacia solamente divulgará o suministrará una copia de sus recetas médicas a:
  - ✓ usted, su guardián, o, si usted es un menor de edad, sus padres, guardián o a alguien actuando legalmente en nombre de sus padres; o a usted, si usted es menor de edad y ha accedido al tratamiento de la afección para la cual se emitió la receta;
  - ✓ el proveedor que emitió la receta o que lo está tratando;
  - ✓ un farmacéutico que le proporciona servicios farmacéuticos a usted;
  - ✓ una persona a quien usted o su representante autorizado ha identificado en una autorización escrita y firmada que está autorizado para recibir una copia de las órdenes;
  - ✓ una persona autorizada por citación con apercibimiento, orden de la corte o estatuto;
  - ✓ una compañía que, por ley o por contrato, es responsable de proporcionar o pagar por el cuidado médico para usted;
  - ✓ un miembro o empleado designado del Board of Pharmacy (Consejo de Farmacia);
  - ✓ su ejecutor, administrador o cónyuge, si usted falleció;
  - ✓ Investigadores aprobados por el Board of Pharmacy (Consejo de Farmacia), si hay salvaguardias apropiados para proteger la confidencialidad de la información; o
  - ✓ la persona dueña de la farmacia o su agente autorizado.
- También podemos divulgar información acerca de usted si de manera razonable creemos que la divulgación es necesaria para proteger la vida o salud de alguna persona.
- La ley de Carolina del Norte dispone en general que obtengamos su consentimiento por escrito antes de divulgar información de la salud acerca de su salud mental,

discapacidades del desarrollo o servicios para tratar el abuso de sustancias. Existen excepciones a este requisito. Podemos divulgar esta información de la salud a miembros de nuestro personal, nuestros consejeros profesionales y a agencias o individuos que supervisan nuestras operaciones o que nos ayudan a llevar a cabo nuestras responsabilidades de servicio para usted. También podemos divulgar información a las siguientes personas: (i) un proveedor de cuidados de la salud que le está proporcionando servicios de emergencia y (ii) a otras instalaciones o profesionales en el campo de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias, cuando sea necesario para la coordinación de su cuidado o tratamiento. Podemos también divulgar información sobre su salud mental, discapacidades del desarrollo o servicios para tratar el abuso de sustancias a usted u otros proveedores de cuidados de la salud fuera de UNCHCS para poder coordinar su cuidado y tratamiento o para llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades para mejorar a menos que usted se oponga por escrito. Puede hacer su objeción escrita siguiendo los procedimientos que se describen en la sección C.1. a continuación para solicitar una restricción en cómo usamos su PHI, incluyendo la información sobre salud mental. Si determinamos que existe una inminente amenaza a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de alguien más, podemos divulgar información acerca de usted para prevenir o minimizar la amenaza. Nosotros también divulgaremos información acerca de usted si la ley así lo dispone, por ejemplo: cuando una corte ordena la divulgación, cuando sospechamos abuso o negligencia de un niño o adulto incapacitado o cuando uno de nuestros médicos considere que uno de sus pacientes tiene una enfermedad contagiosa o está infectado con VIH y no está siguiendo medidas de seguridad. Si consideramos que es lo mejor para usted, podemos divulgar información acerca de usted para un procedimiento de tutela o confinamiento involuntario que lo involucra. Cuando a usted lo admiten, o le dan de alta de una instalación de salud mental, discapacidad del desarrollo o de abuso de sustancias, puede que divulguemos ese hecho a su pariente más cercano si consideramos que la divulgación es lo mejor para usted, pero solamente si usted no se opone. Si usted tiene un pariente más cercano sustancialmente involucrado en su cuidado, una vez que él o ella lo solicite, estamos obligados a proporcionar a este pariente la información que se relaciona con su admisión o el alta de una instalación, incluyendo la identidad de la instalación, cualquier decisión de parte suya de dejar la instalación en contra de la recomendación médica e información sobre remisiones y citas de seguimiento una vez que le dieron de alta, después de que le notifiquemos que han solicitado esta información.

- La ley federal exige que obtengamos su consentimiento escrito antes de que podamos divulgar información que podría identificarlo como un alcohólico o drogadicto o como un paciente que recibe servicios por adicción a las sustancias de cualquiera de los siguientes: un proveedor (aparte de instalaciones de cuidado médico general) que declara proveer y provee diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento; una unidad identificada dentro de una instalación de cuidado médico general que declara proveer y provee diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento; o personal o empleados dentro de una instalación de cuidado médico general cuya función principal es proporcionar

diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento y quiénes están identificados como dichos proveedores. Existen excepciones a este requisito. Podemos divulgar esta información dentro de nuestro programa a miembros de nuestro personal conforme se necesite para coordinar su cuidado y a agencias o individuos que nos ayudan a llevar a cabo nuestras responsabilidades al servirle a usted. Podemos divulgar esta información al personal médico en una emergencia médica. Podemos divulgar esta información al personal calificado para investigación, auditoría o programa de evaluación. La ley estatal dispone que denunciemos el abuso o negligencia al Departamento de Servicios Sociales, si sospechamos abuso o negligencia contra un niño, y podemos divulgar información acerca de tratamiento por abuso de sustancias al hacer la denuncia. Divulgaremos información suya sobre el tratamiento para el abuso de sustancias si nos lo indica una orden de la corte. Si usted comete un crimen, o amenaza con cometer un crimen, en el local donde se lleva a cabo nuestro programa, o en contra del personal de nuestro programa, podemos denunciar la información acerca del crimen o amenaza a funcionarios encargados del cumplimiento de la ley y podemos divulgar información sobre el tratamiento por abuso de sustancias al hacer el informe. Bajo la ley estatal, si usted solicita tratamiento y rehabilitación por drogodependencia de uno de nuestros profesionales médicos, su solicitud se tratará con confidencialidad. No revelaremos su nombre a ningún oficial de la policía u otro oficial del orden público a menos que usted autorice que nosotros lo compartamos. Aun si lo remitimos a otra persona para tratamiento y rehabilitación, continuaremos manteniendo su nombre confidencial.

- Puede que ciertas reglas de la licenciatura y normas éticas de profesionales presten más protección a la información de la salud y, donde aplique, acataremos esas reglas y normas.

#### **6. Disposiciones especiales para menores de edad bajo la ley de Carolina del Norte.**

Bajo la ley de Carolina del Norte, los menores de edad, con o sin el consentimiento de un padre o guardián, tienen el derecho a consentir para recibir servicios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades incluyendo: enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben ser denunciadas al Estado de Carolina del Norte; embarazo; abuso de sustancias controladas o alcohol; y perturbación emocional. **Si usted es menor de edad y usted consiente recibir alguno de estos servicios, usted tiene toda la autoridad y los derechos incluidos en este aviso relacionados con ese servicio.** Con respecto a servicios de abortos, sin embargo, la ley de Carolina del Norte requiere el consentimiento tanto de la menor de edad como el de uno de los padres que tenga la custodia o con el cual vive la menor, el guardián legal o custodio o abuelo/abuela con quien la menor de edad ha vivido por lo menos seis (6) meses, a menos que la corte haya determinado que la menor de edad por sí sola puede consentir al aborto. Además, la ley permite que ciertos menores de edad sean tratados como adultos para todos los fines. Estos menores tienen todos los derechos y autoridad, para todos los servicios incluidos en este aviso.

#### **7. Puede que nos comuniquemos con usted para proporcionarle recordatorios de citas.**

Puede que usemos o divulguemos PHI para comunicarnos con usted para proporcionarle un recordatorio sobre una cita que tenga para tratamiento o cuidado médico.

**8. Podríamos comunicarnos con usted con información sobre tratamientos, servicios, productos o los proveedores de cuidados de la salud.**

Podríamos usar o divulgar la PHI para dirigir o coordinar su cuidado médico. Esto puede incluir decirle a usted acerca de tratamientos, servicios, productos u otros proveedores de cuidados de la salud.

**EJEMPLO:** Si a usted le diagnostican diabetes, puede que le digamos sobre servicios de asesoría nutricional y otros servicios de asesoría que puedan ser de interés para usted.

**9. Intercambios de Información de Salud.**

Puede que algunos de nosotros participemos en el North Carolina Health Information Exchange (Intercambio de información de salud de Carolina del Norte) abreviado como «Exchange». Si participamos en el Exchange, compartiremos su PHI con el Exchange y puede que usemos el Exchange para tener acceso a su PHI para ayudarnos a proporcionarle a usted el cuidado de la salud. Si usted no quiere compartir su PHI con el Exchange, usted puede decidir no participar al presentar un formulario directamente al Exchange. Los formularios (y folletos sobre el Exchange) están disponibles en las localidades participantes o comunicándose con UNC Health Care System Privacy Office al (984) 974-1069. Incluso si decide no participar en el Exchange, puede que usemos su PHI disponible del Exchange para proporcionarle cuidado de emergencia a usted o para la salud pública o con propósitos de investigación autorizados por ley y divulgar su PHI al Exchange cuando usted reciba servicios hospitalarios que paga Medicaid.

**10. Cualquier otro uso o divulgación de PHI sobre usted requiere su autorización por escrito.**

Bajo cualquier otra circunstancia, aparte de las enumeradas anteriormente, nosotros le pediremos su autorización por escrito antes de utilizar o divulgar PHI sobre usted. Si usted firma una autorización por escrito permitiéndonos divulgar la PHI acerca de usted en una situación específica, usted puede cancelar más adelante su autorización, por escrito, comunicándose con nuestro departamento Medical/Health Information Management. Si usted cancela su autorización por escrito, nosotros no divulgaremos PHI acerca de usted después de que recibamos su cancelación, exceptuando aquellas divulgaciones que se estaban tramitando antes de que recibiéramos su cancelación.

---

**C. SUS DERECHOS ACERCA DE SU PHI.**

---

**1. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de PHI acerca de usted.**

Puede que nos comuniquemos con usted sobre la PHI por teléfono, por escrito a través del correo postal de los Estados Unidos, en forma electrónica por correo electrónico o a través de un portal seguro de internet para el paciente. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de PHI acerca de usted, pero no tenemos la obligación de concordar con su solicitud de restricciones en la mayoría de las circunstancias. Además, aun en el caso de concordar con su solicitud, puede que no se sigan sus limitaciones en ciertas situaciones. Estas situaciones incluyen tratamiento de emergencia, divulgaciones al Secretary of the Department of Health and Human Services, y usos y divulgaciones descritos en el inciso B.2 de la sección previa de este aviso. Sin embargo, nosotros debemos concordar con su solicitud para limitar la divulgación de su PHI ya que la PHI únicamente concierne a un artículo o servicio de cuidados de la salud por el cual usted u otra persona en su nombre pagó en su totalidad por cuenta propia, si esa divulgación es a un plan de salud con el propósito de cumplir con el pago u operaciones de cuidados de salud. Usted puede solicitar una limitación comunicándose con cualquiera de los siguientes individuos para obtener y llenar un formulario para hacer su solicitud: El Medical Records Custodian o el Privacy Officer de la entidad o clínica donde usted recibe los servicios o el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069.

## **2. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted usando diferentes vías.**

Usted tiene el derecho a solicitar cómo y cuándo nos comunicamos con usted sobre la PHI. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted a la dirección o número de teléfono de su trabajo o por correo electrónico. Su solicitud debe constar por escrito. Tenemos que darle cabida a solicitudes razonables, pero cuando sea apropiado, podemos condicionarlo a que usted nos proporcione información de cómo se va a hacer el pago, y la indicación de usted de una dirección alternativa u otro método de comunicación. Usted puede solicitar comunicaciones alternativas comunicándose con cualquiera de los siguientes individuos para obtener y completar su formulario de solicitud: El Medical Records Custodian o el Privacy Officer de la entidad o clínica donde usted recibe los servicios o el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069.

## **3. Usted tiene el derecho a ver y copiar la PHI acerca de usted.**

Usted tiene el derecho a ver y a recibir una copia de su PHI contenida en expedientes clínicos, de facturación y otros expedientes usados para tomar decisiones acerca de usted. Usted tiene el derecho a recibir una copia de su PHI en su versión electrónica original si es posible, o si no, en otro formato electrónico en el que estemos de acuerdo usted y nosotros. Su solicitud debe constar por escrito. Podemos cobrarle una cantidad de dinero por este servicio. En vez de suministrarle una copia completa de la PHI, podemos proporcionarle un resumen o explicación de la PHI, si usted de antemano acepta el formato y el costo del resumen o explicación. Hay ciertas situaciones en las cuales no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Bajo estas circunstancias, le responderemos por escrito, declarando el motivo de nuestra negativa y describiendo los derechos que pueda tener para solicitar una revisión de nuestra negativa. Usted puede solicitar ver y recibir una copia de su PHI contactando cualquiera de las siguientes personas para obtener y completar un formulario para hacer su solicitud: El Medical Records

Custodian o el Privacy Officer de la entidad o clínica donde usted recibe los servicios o el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069.

#### **4. Usted tiene el derecho a pedir una enmienda de algunas partes de su PHI.**

Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda a los expedientes clínicos, de facturación y otros expedientes usados para tomar decisiones acerca de usted. Su solicitud debe constar por escrito y debe explicar los motivos para la enmienda. Podemos denegar su solicitud si: 1) la información no fue originada por nosotros (a menos que usted pruebe que quien originó la información ya no está disponible para corregir el expediente); 2) la información no forma parte del expediente usado para tomar decisiones sobre usted; 3) creemos que la información está correcta y completa; o 4) usted no tuviera el derecho a ver y copiar el expediente como se describe en el inciso 3 anterior. Nosotros le avisaremos por escrito los motivos de nuestra negativa y describiremos sus derechos a entregarnos una declaración por escrito si no está de acuerdo con la negativa. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, nos esforzaremos de manera razonable para hacer saber a otros de la enmienda, incluyendo personas que usted señale que hayan recibido la PHI y que necesitan la enmienda. Usted puede solicitar una enmienda comunicándose con cualquiera de las siguientes personas para obtener y completar un formulario para hacer su solicitud: El Medical Records Custodian o el Privacy Officer de la entidad o clínica donde usted recibe los servicios o el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069.

#### **5. Usted tiene derecho a la lista de las divulgaciones que hemos hecho.**

Usted tiene el derecho de recibir una lista escrita de algunas divulgaciones que hicimos de su PHI. Usted puede solicitar las divulgaciones hechas por hasta seis (6) años antes de la fecha de la solicitud. Estamos obligados a proporcionar una lista de todas las divulgaciones, exceptuando las siguientes:

- Para su tratamiento;
- Para facturación y cobro del pago por su tratamiento;
- Para operaciones del negocio de cuidados de la salud;
- Que se le hizo a usted o que usted solicitó, o autorizó;
- Incidental a usos y divulgaciones permitidos;
- Que se les hizo a personas involucradas en su cuidado, para los propósitos de dirección o de notificación o para otros propósitos descritos en el inciso B.3 anterior;
- Que la ley permite cuando el uso o divulgación concierne a ciertas funciones gubernamentales especializadas o concierne a instituciones correccionales y en otras situaciones de estar bajo la custodia de fuerzas del orden público (véase el inciso B.2 anterior); y

- Como parte de un set de información limitada que no contiene cierta información que lo identificaría a usted.

La lista incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección si está disponible) de la persona u organización que recibe la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la divulgación. Si, bajo circunstancias que lo permiten, la PHI acerca de usted se ha divulgado para ciertos tipos de proyectos de investigación, la lista puede incluir diferentes tipos de información.

Si usted solicita una lista de divulgaciones más de una vez en un período de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable de dinero. Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones comunicándose con cualquiera de los siguientes individuos para obtener y llenar un formulario para hacer su solicitud: El Medical Records Custodian o el Privacy Officer de la entidad o clínica donde usted recibe los servicios o el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069.

#### **6. Usted tiene derecho a la notificación de una violación.**

Usted tiene el derecho a recibir una notificación en el caso de una violación a su PHI no asegurada.

#### **7. Usted tiene el derecho a una copia de este aviso.**

Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso, en cualquier momento, comunicándose con el Privacy Officer de la instalación o clínica donde usted recibe sus servicios o con el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069. Le proporcionaremos una copia de este aviso no más tarde de la fecha en que reciba nuestros servicios por primera vez (exceptuando servicios de emergencia, en cuyo caso, la suministraremos lo antes posible).

---

### **D. CONTACTOS PARA PREGUNTAS Y QUEJAS**

---

Si usted necesita más información sobre las prácticas de privacidad o si tiene preguntas sobre este aviso, si usted considera que hemos violado sus derechos de privacidad, o si quiere quejarse sobre nuestras prácticas de privacidad, se puede comunicar con las personas que se indican a continuación:

**Para UNCHCS entidad afiliada cubierta y del acuerdo para el cuidado organizado de la salud**

(UNC Hospitals; The University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine; UNC Physicians Network, LLC; UNC Physicians Network Group Practices, LLC; Rex Hospital, Inc.; Chatham Hospital, Incorporated; Caldwell Memorial Hospital, Incorporated; High Point Regional Health; Regional Physicians, LLC; and Premier Surgery Center, LLC):

**Chief Privacy Officer  
UNC Health Care System  
101 Manning Drive  
Chapel Hill, North Carolina 27514  
Teléfono: (984) 974-1069**

**Para Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital:**

**Privacy Officer  
800 N. Justice Street  
Hendersonville, NC 28791  
Teléfono: (828) 696-4251**

**Para Johnston Health Services Corporation d/b/a Johnston Health:**

**Privacy Officer  
509 N. Bright Leaf Boulevard  
Smithfield, NC 27577  
Teléfono: (919) 938-7121**

**Para Nash Hospitals, Inc., Nash MSO, Inc., y NHCS Physicians, Inc.:**

**Quality Support Service Representative  
2460 Curtis Ellis Drive  
Rocky Mount, NC 27804  
Teléfono: (252) 962-8082**

Usted puede también enviar una reclamación por escrito al United States Secretary of the Department of Health and Human Services. Se puede encontrar la información de contacto en la página web del Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

Si usted presenta una queja, no tomaremos ninguna acción en contra suya ni en forma alguna cambiaremos nuestro tratamiento hacia usted.

---

**AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

<http://www.unhealthcare.org/app/files/public/7034/pdf-system-unc-health-care-aviso-de-no-discriminaci%C3%B3n.pdf>