

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

OSCEOLA REGIONAL HEALTH CENTER, SIBLEY, IA
16 DE FEBRERO DE 2026

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.

¿Quiénes cumplirán con este aviso?

Este aviso describe las prácticas de privacidad de los proveedores de salud en Osceola Regional Health Center. Esto incluye clínicas médicas y viviendas para personas mayores, junto con los médicos, empleados, voluntarios y socios comerciales de Osceola Regional Health Center.

Nuestro compromiso con usted

Nosotros entendemos que su información médica es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica sobre usted. Creamos un expediente de la atención y de los servicios que usted recibe, para proporcionarle una atención de calidad y para cumplir con los requisitos legales. Este aviso se le aplica a todos los registros que mantenemos de su atención, ya sea que hayan sido creados por el personal de la institución de salud o por su médico personal. Es probable que su médico personal tenga diferentes normas o avisos relacionados con el uso y la divulgación de su información médica registrada en el consultorio médico. Por ley se nos exige a:

- Mantener la información médica sobre usted confidencial.
- Entregarle a usted este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad en relación a la información médica sobre usted.
- Cumplir con los términos del aviso que se encuentra actualmente en vigencia.
- Avisarle si ocurre una violación de información de salud protegida no asegurada.

Cambios a este aviso

Podemos cambiar nuestras normas en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a la información médica que ya tenemos y a la nueva información recopilada después del cambio. Antes de hacer un cambio importante en nuestras normas, le haremos los cambios a nuestro aviso y publicaremos el aviso nuevo en las salas de espera y en nuestro sitio de Internet en www.osceolarhc.org. Usted puede recibir una copia del aviso vigente en cualquier momento. La fecha de vigencia de este aviso aparece justo debajo del título. Cuando asista a su cita inicial, también se le pedirá que afirme por escrito que ha recibido este aviso.

Cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted:

- **Para Tratamiento** (por ejemplo, podemos enviar su información médica a un especialista para remitir o para coordinar los diferentes aspectos que pueda necesitar, como recetas o pruebas de laboratorio).
- **Para Pagos** (por ejemplo, podemos enviar información de facturación a su compañía de seguro médico o a Medicare).
- **Para Funciones de Atención Médica** (por ejemplo, podemos comparar los datos de los pacientes para mejorar los métodos de tratamiento o compartir la información con estudiantes de medicina y de enfermería para fines educativos).
- **Información sobre el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)** Es posible que parte de su información médica forme parte del expediente de un paciente con SUD y esté sujeta a protecciones adicionales conforme a la ley federal (parte 2 del título 42 del Código de Reglamentos Federales [Code of Federal Regulations, CFR]) que rige la confidencialidad de los expedientes de pacientes con SUD. Si recibimos o conservamos cualquier información sobre usted de un programa de tratamiento de SUD cubierta por la parte 2 del título 42 del CFR (un "Programa de la parte 2") a través de un consentimiento general que usted le proporciona al Programa de la parte 2 para usar y divulgar el expediente del paciente con SUD con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podemos usar y divulgar su expediente de paciente con SUD con dichos fines, según se describe en este Aviso. Si recibimos o conservamos su expediente de paciente con SUD a través del consentimiento específico que nos da a nosotros o a otro tercero, lo usaremos o divulgaremos únicamente según lo que usted haya autorizado de manera expresa en el consentimiento que nos proporcionó. En ningún caso usaremos ni divulgaremos su expediente de paciente con SUD, o testimonio que describa la información contenida en dicho expediente, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo llevado a cabo por ninguna autoridad federal, estatal o local, en su contra, a menos que su consentimiento o la orden de un tribunal, luego de haberlo notificado a usted de tal orden, lo autorice.

Por un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA- siglas en inglés), este aviso también describe las prácticas de privacidad del personal médico acreditado mientras proporcionen servicios en Osceola Regional Health Center.

Podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización previa por diversas razones adicionales:

- Para **finés de salud pública**, por ejemplo para informar sobre enfermedades transmisibles o informarle a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad transmisible.
- Para **informar eventos adversos** relacionados con alimentos, medicamentos o productos.
- Para **informar a las personas sobre retiros de productos del mercado, y sobre reparaciones o reemplazos de productos** que sea posible que estén utilizando.
- Para **informar eventos vitales**, como nacimientos y muertes.
- Para **informar abusos, abandonos o violencia doméstica**.
- Para **actividades de supervisión sanitaria**, como las que realizan agencias de expedición de licencias, auditoría o inspección autorizadas por ley.
- En relación con **demandas u otros procesos legales** en respuesta a una orden judicial, una orden de arresto, a una orden de comparecencia, o un citatorio.
- Para **estudios de investigación** en ciertas circunstancias; por ejemplo, una revisión de expedientes clínicos para comparar los resultados de pacientes que recibieron diferentes tipos de tratamiento. Ocasionalmente, los investigadores se comunican con los pacientes con respecto a su interés en ciertas áreas de investigación. Sólo puede inscribirse en estos estudios después de haber sido informado acerca de ellos, y después de haber tenido la oportunidad de hacer preguntas y de haber indicado su deseo de participar mediante la firma de un formulario de consentimiento.
- Para **médicos forenses y examinadores médicos**. Esto puede ser exigido por ley en ciertas circunstancias y/o puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de su muerte.
- Para **arreglos funerarios**, si fuera necesario para realizar dichas tareas.
- Para **donaciones de órganos y tejidos**. Si usted es donante de órganos o tejidos, es posible que enviemos información a organizaciones que trabajan para obtener órganos y tejidos a fin de facilitar la donación o el trasplante.
- Para **finés de compensación al trabajador**. Podemos usar o divulgar su información médica para la compensación al trabajador o para programas similares, según lo autorice o lo exija la ley.
- Cuando lo **exija la ley**; por ejemplo una orden policial para ayudar a identificar o encontrar a sospechosos, fugitivos, testigos o personas desaparecidas. Otros ejemplos pueden incluir información sobre una muerte que se sospecha que fue consecuencia de una conducta delictiva.
- **Presos**. Si usted está recluso en una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de oficiales de policía, podemos divulgar su información a la institución correccional, según lo autorice la ley.
- **Fuerza Militar y Veteranos de Guerra**. Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información a las autoridades del comando militar, según lo requiera o lo autorice la ley.
- **Asociados Empresarios**. Podemos usar o divulgar su PHI (Información Médica Protegida) a un socio empresario que ejecuta un negocio o una operación de función de intención de salud de parte nuestra. Tenemos contratos con socios empresarios para proteger adecuadamente la privacidad de su PHI. Los Socios Empresarios también están obligados a las leyes de privacidad y no se les permite usar ni revelar ninguna información que no sea la que permite un acuerdo de contrato.

También podemos comunicarnos con usted por lo siguiente:

- **Para recordarle una cita**.
- Para informarle o comentarle sobre posibles **opciones de tratamiento, alternativas, servicios o beneficios relacionados con la salud** que pueden ser de su interés.
- **Para apoyo con los esfuerzos de la recaudación de fondos**. Sólo utilizaremos su información como por ejemplo, su nombre, su dirección, su teléfono, edad, género, fecha de nacimiento, las fechas en que recibió tratamiento, el médico que provee el tratamiento, información sobre el resultado, información del departamento de servicio, y el estado del seguro médico. Usted tiene el derecho de decidir no recibir ese tipo de comunicación.

Si ingresa como paciente, a menos que usted indique lo contrario:

- **Incluiremos en el directorio de pacientes** su nombre, su ubicación en el hospital, su estado de salud general (bueno, regular, etc.) y su afiliación religiosa. Además, divulgaremos toda su información, salvo la afiliación religiosa a todas las personas que pregunten por usted y mencionen su nombre. Sólo proporcionaremos su afiliación religiosa a un miembro del clero, aunque esta persona pregunte por usted sin mencionar su nombre.
- **Divulgaremos su información médica a un amigo o familiar** que esté vinculado con su atención médica o que lo ayude a pagarla.
- Divulgaremos la información a las **autoridades de socorro en casos de catástrofe** (en una emergencia), para poder informarle a su familia dónde y cómo se encuentra usted.

Otros usos de la información médica

Vamos a obtener una autorización para divulgar su información en las siguientes situaciones:

- La mayoría de los usos y la divulgación de las notas de psicoterapia;
- Usos y divulgación de su información para la mayoría de los propósitos de mercadeo;
- La venta de su información y;
- Cualquier otra información no mencionada en este aviso.

Si usted opta por autorizar uso o divulgación, usted puede después revocar la autorización notificándonos por escrito su decisión.

Sus derechos con respecto a la información médica sobre usted

Su información médica es propiedad de Osceola Regional Health Center. Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que conservamos de usted:

- **En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica, si envía una solicitud por escrito.** Si solicita copias, es posible que deba pagar el costo del fotocopiado, del envío por correo o de otros suministros. Si rechazamos su pedido de revisar los documentos u obtener una copia de ellos, puede enviar una solicitud por escrito para que revisemos dicha decisión.
- **Si considera que la información que consta en sus registros es incorrecta o si nota que falta información importante, usted tiene derecho a pedir que corrijamos los registros enviando una solicitud por escrito con las razones por las cuales pide la corrección.** Es posible que rechacemos su solicitud de corregir el registro si la información no fue creada por nosotros, si no forma parte de la información médica que nosotros guardamos, o si determinamos que el registro es preciso. Usted puede apelar por escrito nuestra decisión de no corregir un registro.
- **Si envía una solicitud por escrito, usted tiene derecho a acceder a una lista de otras circunstancias en las cuales divulgamos su información médica, que no hayan sido tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o en las cuales usted específicamente autorizó la divulgación.** La solicitud debe especificar el período de tiempo que desea incluir en el informe, el cual debe ser menor de 6 años y debe comenzar el 14 de abril de 2003 o después de esa fecha. La primera solicitud de lista de divulgación dentro de un período de 12 meses es gratis. Las demás solicitudes se cobrarán de acuerdo con el costo de producir la lista. Le informaremos la tarifa antes de que incurra en gastos.
- **Si recibió este aviso por correo electrónico, tiene derecho a obtener una copia impresa.**
- **Usted tiene derecho a solicitar que su información médica se le comunique de manera confidencial;** por ejemplo, a través de una carta enviada a otra dirección que no sea la de su casa, o enviándonos un aviso por escrito sobre la forma o el lugar específico para comunicarnos con usted.
- **Puede solicitar por escrito que no utilicemos ni divulguemos información médica sobre usted para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o que no utilicemos ni divulguemos información médica sobre usted a personas relacionadas con su cuidado, salvo cuando usted lo autorice específicamente, cuando la ley lo exija o en caso de emergencia.** Tendremos en cuenta su solicitud, pero no tenemos ninguna obligación legal de aceptarla. Le informaremos nuestra decisión con respecto a su solicitud. Nosotros honraríamos su petición de restringir la divulgación de su información a un plan de salud si:
 - La divulgación es con el propósito de proceder con pagos o para operaciones de atención de salud y que no son exigidos por ley; Y
 - La información pertenece solamente a una sección de la atención de salud o servicio, por el cual usted o alguien de su parte (sin incluir su plan de salud) a pagado por completo.

Por favor envíe todas sus solicitudes o apelaciones por escrito a nuestra Oficina de Privacidad. Puede encontrar nuestra información de contacto en la parte inferior de este aviso.

Intercambios de Información de Salud del Estado

Algunos estados en los que Osceola Regional Health Center puede necesitar intercambiar información tienen un intercambio de información de salud a nivel del estado, basado en Internet. Estos intercambios son patrocinados por entidades que son entidades cubiertas bajo las reglas de privacidad de HIPAA. Estas entidades cubiertas comparten y usan su información para propósitos de tratamiento, pago o funciones de atención médica. Usando un intercambio estatal de información de salud, las entidades cubiertas participantes pueden ver cierta información de salud, demográfica y de pago (su información de salud) en los registros del otro. Pueden utilizar esta información para tratamiento, pago o funciones de atención médica. Si Osceola Regional Health Center participa en dicho intercambio de información de salud estatal, sus pacientes son incluidos en el intercambio de información de salud estatal a menos que ellos específicamente soliciten la exclusión voluntariamente.

Reclamos

Si le preocupa que puedan haber violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado con respecto al acceso a sus registros, puede comunicarse con nuestra Oficina de Privacidad (que figura a continuación). Por último, puede enviar un reclamo por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nuestra Oficina de Privacidad podrá suministrarle la dirección. En ninguna circunstancia será sancionado ni se tomarán represalias contra usted por presentar un reclamo.



Privacy Office
600 9th Ave. N
Sibley, IA 51249
712-754-2574