ASTRIAHEALTH | Noticia de Privacidad en Práctica

Astria Health (Se refiere a ellos en esta Noticia como nuestro "Hospital" o nuestra "Organización.)

Esta noticia describe como la información médica de Ud. pueda usarse, revelarse y como ud puede obtener acceso a esta información. Por favor, revise cuidadosamente.

Si tiene algunas preguntas sobre esta noticia, favor de ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad de nuestra práctica al llamar al (509) 837-1500, o escriba al P.O. Box 719, Sunnyside, WA 98944.

QUIEN LLEVARÁ A CABO ESTA NOTICIA
Estamos requiridos por ley en mantener la privacidad de información de salud protegida y proveerle con una Noticia de nuestros deberes y la práctica de privacidad de información que se llevará a cabo por nuestra Organización y con los trabajadores del hospital, y notificar a pacientes afectados por una divulgación inapropiada de información de salud protegida. Se nos requiere cumplir con los términos de esta Noticia de Privacidad en Práctica (esta "Noticia") en efecto actualmente.

SU INFORMACIÓN DE SALUD
Esta noticia se aplica a la información que tenemos de su expediente de salud, el estado de su salud y los servicios que usted recibe de nuestra Organización.

COMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD SUYA
Tratamiento—Su información de salud puede usarse por nuestros trabajadores o se puede revelar a otros profesionales de cuidado de salud con el propósito de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas y proveer tratamiento. Por ejemplo, podemos revelar información de su salud a los médicos, enfermeras, técnicos U otros trabajadores quienes están envueltos en cuidarle a Ud. y a su salud.

Pago—Podemos usar y revelar información de su salud para que el tratamiento y los servicios que Ud. recibe en las instalaciones del hospital o en otras instalaciones médicas obtenidas por los trabajadores de la Organización, se puede cobrar y recibir pago de usted, o de las companias de aseguranzas. Por ejemplo, puede que tuvieramos que dar información a su plan de salud de algún servicio que Ud. recibió aquí para que su plan de salud nos pague, o Ud. pueda ser reembolsada para los servicios recibidos. También podemos decirle a su aseguranza de algún tratamiento que Ud. va a recibir para obtener aprobación por adelantado o para determinar si su aseguranza de salud va a cubrir el tratamiento.

Procedimientos de Cuidado de Salud—Podemos usar y revelar su información de salud para el funcionamiento de la Organización y tener la seguridad que Ud. y los otros pacientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestros trabajadores sobre el cuidado de Ud. También podemos usar la información de salud de todos nuestros pacientes para que nos ayude a decidir que otros servicios adicionales podamos ofrecerle y como podemos ser mas eficientes, o si algunos tratamientos nuevos son efectivos.

Recordatorio de Citas—Podemos comunicarnos con Ud. para recordarle que tiene una cita para servicios en nuestra Organización.

Alternativas de tratamiento—Le podemos avisar o recomendar opciones de algún tratamiento posible o alguna alternativa a seguir que le pueda interesar.

Productos y Servicios de Salud—Podemos avisarle de productos y servicios para su salud que le pueda interesar. Sin embargo, si recibimos alguna recompensa de otro partido para proveerle información tocante a sus productos o servicios, tenemos que recibir autorización de Ud. primero.

El Recaudar de Fondos por el Hospital o su Fundación—Nosotros, o nuestra fundación (Astria Health Foundation) pueda, de vez en cuando, contactarle para pedirle donaciones para propósitos tales como aumentar la capacidad de tratamiento de nuestro Hospital.

Libertad de Elegir Sobre Comunicaciones—Por favor avísenos si Ud. no quiere que nos comuniquemos para recordarle de las citas, si no desea recibir comunicaciones sobre alternativas de tratamiento o de productos y servicios relacionados de salud,o de hacer donación para recaudación de fondos. Si nos manda por escrito (al domicilio indicado en la primera página) que Ud. no desea recibir tal comunicación, no usaremos ni divulgaremos su información para estos propósitos.

SITUACIONES ESPECIALES
Podemos usar o revelar información de salud de Ud. sin su permiso en los siguientes casos, sujetos que son aplicables a los requisitos legales y limitaciones:

Para Prevenir una Amenaza Seria de Salud o de Seguridad—Podemos usar y revelar información de salud de Ud. siempre y cuando sea necesario para prevenir una amenaza que pueda perjudicar a su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o persona alguna.

Requerido por la Ley—Revelaremos información de salud de Ud. siempre y cuando sea requerido por las autoridades locales, estatales y federales conforme a la ley.

Investigación—Podemos usar y revelar información de salud de Ud. para proyectos de investigación que son sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su permiso primero si el investigador pueda obtener su nombre, domicilio o otra información que pueda revelar quien es Ud. o será envolucrado en su cuidado en nuestro Hospital o en sus otras instalaciones médicas.

Donación de Órganos y Tejidos—Si Ud. es donador de órganos, podemos dar información de salud a organizaciones quienes manejan el procurar de órganos, trasplantes de órganos, ojos, o tejidos, o bancos de órganos a como sea necesario para facilitar la donación y trasplantes.

Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia Si Ud. es o fue miembro del servicio militar o cuerpo de seguridad nacional o de inteligencia, se nos puede requerir por mandato militar u otros autoridades del gobierno a que proporcionemos información de salud de Ud. Además, podemos compartir información del personal militar del extranjero a la autoridad autorizada del militar extranjero.

Compensación del Trabajador—Podemos dar información de salud de Ud. a los programas de compensación de trabajadores. Estos programas proveen beneficios para lastimaduras o emfermedades relacionadas al trabajo.

Riesgo de Salud al Público—Podemos revelar información de salud de Ud. por razones de salud del público para prevenir o para controlar enfermedades, lastimaduras o incapacidad; o reportar nacimientos, fallecimientos, sospecho de abuso o descuido, heridas físicas no accidentales, reacciones a los medicamentos, o problemas con productos.

Actividades de Supervisión de Salud Podemos revelar información de salud a una agencia quien se encargue de supervisión de salud para auditorias, investigaciones, inspecciones, o para el propósito de dar licencias. Estas revelaciones puedan ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para vigilar sistemas del cuidado de salud, programas de gobierno y obedencia de las leyes de los derechos civiles.

Demandas y disputas Si Ud. está involucrado en una demanda o disputa, podemos revelar informacion de salud de Ud. a respuesta de una orden de la corte o una orden administrativa. Sujetos a todos los requisitos legales aplicables, también podemos revelar información de salud de Ud. en respuesta a una cita requerida por un juez.

Ejecución de la Ley Podemos revelar información de salud si lo pide un oficial de la ley en repuesta de una orden de la corte, cita requerida por un juez, orden judicial, citación judicial, o un proceso similar, sujeto a los requisitos legales aplicables.

Córoneres, Examinadores Médicos, y Directores de Funeraria Podemos dar información de salud a un córoner o a un examinador médico. Esto pueda ser necesario, por ejemplo, para identificar a un fallecido o para determinar la causa de muerte.

Información Personal que no le Identifica A usted— Podemos usar y revelar información de salud de Ud. de una manera que no le identifica personalmente o que se sepa quien es Usted.

El Remover de su Información de los Directorios—La información puede ser proporcionada a gente que pregunte por Ud. por nombre. Podemos usar y revelar las siguientes informaciones en el directorio del hospital: su nombre, colocación en el edificio, su condición general, y religion (unicamente al cléro). Usted tiene el derecho de oponerse al uso y revelación de su información. Si Ud. se opone, no la usaremos ni la revelaremos.

Familiares y Amistades—Podemos revelar información de Ud. a miembros de su familia o amistades si Ud. Nos da el consentimeinto que lo hagamos, o si le damos la oportunidad a que se oponga a tal divulgación, y Ud. no levanta una protesta. También podemos revelar información de salud a su familia o amistades si lo consideramos pertinente según las circunstancias basadas en nuestra opinión profesional que Ud. no se fuera oponerse. Por ejemplo, podríamos asumir que Ud. está de acuerdo de que revelemos su información de salud personal a su esposo/a cuando Ud. ha traido a su esposo/a al cuarto de examinación durante el tratamiento o mientras el tratamiento se está discutiendo.

En situaciones que Ud. no esté capaz de dar consentimiento (porque Ud. no está presente o por causa de su incapacidad o por una emergencia médica), nosotros podemos, usando nuestro juicio profesional, determinar que el divulgamiento a miembros de su familia o sus amistades será a su mejor interés. En esa situación, podemos revelar unicamente información de salud relacionada con la participación de la persona en el cuidado de usted. Por ejemplo, le podemos informar a la persona quien le acompañó a Ud. a la emergencia que Ud. sufrió un ataque al corazon y proveerle el estado de su salud y el pronóstico. También podamos usar nuestra opinión profesional y experencia para hacer inferencias razonables que sea del mejor interés de Ud. para permitir otra persona que actue en su lugar. Por ejemplo, para que vaya a traerle sus medicinas, surtidos médicos o radiografias.

OTROS USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD
No usaremos o revelaremos su información de salud para ningún propósito más que los que se han anotado en las secciones anteriores sin la Autorización especificamente escrita por usted. Debemos obtener su Autorización aparte de cualquier Consentimiento de Tratamiento que hayamos obtenido de Ud. Por ejemplo, tenemos que obtener su Autorización antes de la mayoria de usos de notas de psicoterapia; propósitos comerciales, o revelaciones que constituyen la venta de su información. Si usted nos da Autorización por escrito de usar o revelar su información, puede revocar esa Autorización por escrito en cualquier tiempo. Si Ud. revoca su Autorización, no usaremos o revelaremos información de Ud. por las razones escritas en su Autorización pero no nos hacemos responsables del uso de los divulgamientos que fueron hechos cuando teníamos su permiso para hacerlo.

Puede revocar su Autorización a cualquier tiempo con darnos una nota escrita. Su revocación será efectiva cuando la recibamos, pero no se aplicará para ningún uso o divulgamiento que ocurriera antes de ese tiempo.

En caso de que llegue a revocar su autorización, no podremos utilizar ni revelar su información personal con fines de tratamiento, pagos, o trámites relacionados con su salud, en casos de no emergencia, por lo que podríamos descontinuar cualquier prestación relacionada con su atención o servicios médicos.

SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Para su información, sepa que cuenta con los siguientes derechos relacionados con su información médica personal en nuestro poder.

Derecho a examinar y copiar—Tiene derecho a examinar y copiar su información médica personal, así como los registros de facturas, pagos y documentación relacionada con su seguro médico, utilizados por nosotros para tomar decisiones acerca de sus servicios de salud. Previa solicitud, le facilitaremos una copia en formato electrónico de dicha información médica personal. Deberá someternos una solicitud por escrito, dirigida a nuestro departamento de registros médicos (Medical Records Department), para poder inspeccionar y/o copiar su información médica personal. De solicitarnos una copia de la información, podríamos tener que cargarle los costos administrativos de la copia y el envío. En ciertos casos, podríamos denegarle su solicitud de examinar y/o copiar dichos documentos. Si llegará a negársele el acceso a su información médica personal, podrá solicitarnos una reconsideración. Cuando el examen de dicha documentación fuera requerido por las leyes, podríamos nombrar a un médico autorizado para evaluar su solicitud y reconsiderar nuestra denegación. La persona a cargo de la evaluación no podrá ser la misma que denegó su solicitud, tras de lo cual aceptaremos su decisión final.

Derecho a enmendar—Si cree que su información médica personal en nuestro poder es incorrecta o incompleta, podrá solicitarnos enmendarla. Tiene y siempre tendrá derecho a solicitarnos enmiendas.

Para solicitarla, llene y someta un formulario de enmienda o corrección de su expediente médico (Medical record amendment/ correction form) a nuestro funcionario encargado de la protección de la privacidad (Privacy Officer). Le podemos negar su petición de rectificamiento si no está por escrito o que no incluya la razon para sostener la petición. Adicionalmente le podemos negar su petición si Ud. nos pide rectificar información que:

A. Nosotros no fundamos, a menos que la persona quien fundó la información no está disponible para hacer el rectificamiento.
B. No es parte de la información de salud que nosotros guardamos.
C. Usted no sería permitido/a inspeccionar o copiar.
D. Es exacta y completa.

Derecho de una Contabilidad de Divulgaciones—Usted tiene el derecho de pedir "contabilidad de divulgaciones". Esta es una lista de divulgaciones que hicimos de información médica de Ud. Para obtener esta lista, debe someter su petición por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Tiene que indicar un período de tiempo, que no puede incluir fechas anteriores de Abril 14, 2003. Si mantenemos su archivo médico en forma de papel, estamos obligados proveerle esta contabilidad para servicios relacionados a su tratamiento, pago, o procedimientos de cuidado de salud para los seis años antes de su pedido. Si mantenemos su archivo médico en forma electrónica, estamos obligados proveerle esta contabilidad para todos servicios por los tres años anteriores. Le podemos cobrar por los costos en proveerle la lista. Le notificaremos de los costos invueltos en esto y Ud. puede elegir retirar o modificar su petición al tiempo antes de que los costos ocurran.

Derecho de Pedir Restricciones—Usted tiene el derecho de pedir una restricción o limitación en la información de salud que podamos usar o revelar tocante a su tratamiento, pago o procedimientos de cuidado de salud. También tiene el derecho de pedir un límite en la información de salud que revelemos de Ud. a alguien quien esté envuelto/a en su cuidado o el pago para ello, como un miembro de la familia o amistad. Por ejemplo, puede preguntar que no usemos o revelemos información de alguna cirugía que Ud tuvo.

No se nos Requiere Estar de Acuerdo Con su Petición—Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información se necesita para proveer un tratamiento de emergencia. Sin embargo, tenemos que cumplir con su petición de no revelar información tocante a pago o procedimientos de cuidado de salud a su compania de aseguranza si Usted paga la cuenta en entera.

Para pedir restricciones—Ud. puede completar y entregar la "Petición Para Restricción de Uso/Divulgación de Información Médica" a nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho de Pedir Comunicaciones Confidenciales—Usted tiene el derecho de pedir que nos comunicamos con Ud. tocante a su salud en cierta forma o ubicación. Por ejemplo, nos puede decir que hagamos contacto con Ud. unicamente en su lugar de trabajo o por correo.

Para pedir comunicaciones confidenciales—Ud. Puede completar y submitir la "Petición Para Restricción en Uso/ Divulgamiento de Información Médica y /o Comunicación de Confidencialidad" a nuestro Oficial de Privacidad. No le preguntaremos la razón por su petición. Le complaceremos todas sus peticiones razonables. Su petición debe especificar como y donde desea ponerse en contacto.

Derecho de una Copia de Papel de esta Noticia—Usted tiene el derecho de una copia de papel de esta noticia. Usted puede pedirnos una copia de esta noticia a cualquier tiempo. Puede ver la Noticia en nuestro Web site, www.astria.health. Aunque usted haiga estado de acuerdo de recibir la Noticia electronicamente, todavía tiene el derecho de una copia en papel. Para obtener una copia póngase en contacto con la reccepcionista.

Cambios a esta Noticia—Reservamos el derecho de cambiar esta Noticia, y hacer revisiones o cambios de esta noticia efectivos para información médica que ya tenemos de Ud. junto con cualquier información que recibimos en el futuro. Publicaremos un resumen de la Noticia corriente con la fecha efectiva. Usted tiene el derecho de una copia de la Noticia corriente, y puede obtener una copia adicional de oficina de Admisión, Registro, o de nuestro Oficial de Privacidad.

Quejas—Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede hacer una queja con nuestro Hospital o con el Secretario de Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para hacer una queja con nuestra Organización, puede ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. No será penalizado por haber presentado una queja.

COMENTARIOS, DUDAS E INQUIETUDES
Existe un proceso de quejas o denuncias que los pacientes podrán utilizar sin temor a perjudicar su atención médica. Si tiene alguna queja o inquietud acerca de cualquier aspecto de los servicios que recibe del Astria Health, o cualquiera de sus entidades afiliadas, favor de sentirse en libertad de tratar el tema con cualquier gerente o miembro del personal de la unidad o su clínica. Podrá también contactar con:

Astria Sunnyside Hospital
System Risk Manager
1016 Tacoma Ave
Sunnyside, WA 98944
509.837.1538

Astria Toppenish Hospital
System Risk Manager
502 W 4th St
Toppenish, WA 98948
509.837.1538

Además, tiene el derecho de contactar al Washington State Department of Health.

Washington Department of Health
Facilities and Service Licensing
Attention: Investigations
P.O. Box 47852
Olympia, WA 98504-7852
1.800.633.6828

O el Joint Commission at 630.792.5800 o jointcommission.org (si es paciente de Astria Toppenish Hospital.)

ENGLISH
Astria Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Language assistance services, free of charge, are available to you.

SPANISH
Astria Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

CHINESE
Astria Health 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而歧視任何人。
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。

VIETNAMESE
Astria Health tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.

KOREAN
Astria Health 은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

RUSSIAN
Astria Health соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

TAGALOG
Sumusunod ang Astria Health sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandidiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

UKRAINIAN
Astria Health дотримується чинних федеральних законів про цивільні права і не допускає дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності чи статі.
УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

CAMBODIAN
Astria Health អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធដែលអនុវត្តបានហើយមិនរើសអើងដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទ។
បរិយាកាស៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទទ

JAPANESE
Astria Health は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害または性別に基づく差別をいたしません。
注意事項：日本語話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

AMHARIC
Astria Health የፌዴራል ሲቪል መብቶችን የሚከተር ሲሆን ሰዎችን በዘር፡ በቀለ ቀለም፡ በዜር ሃረግ፡ በአደሜ፡ በአካል ጉዳት ወይም በጾታ ማንኛውንም ሰው አያሳልም። ማስታወሻ የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፡ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው

ARABIC
تلتزم Astria Health بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان.

PUNJABI
Astria Health ਲਾਗੂ ਸੰਘੀ ਨਾਗਰਿਕ ਹੱਕਾਂ ਦੇ ਕਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰਥਤਾ, ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਭੇਦਭਾਵ ਨਹੀ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਧਿਆਨ ਦਓ: ਜੇ ਤੁਸੀ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

GERMAN
Astria Health erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.

LAOTIAN
Astria Health ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຣັຖບານກາງທີ່ຢັ ຽ ຄັບໃຊ້ ແລະບໍ່ຈຳແນກໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ.
ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.

#13492