

# Aviso de prácticas de privacidad

**EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.**

Es nuestra obligación jurídica proteger la privacidad y la seguridad de su información. Nos comprometemos a garantizar la privacidad de su información de salud, y la ley nos exige que respetemos su confidencialidad.

En este Aviso, se describen las prácticas de privacidad de UP Health System y sus instituciones afiliadas (en conjunto “nosotros”, “nuestro”). Este Aviso se aplica a toda la información de salud que lo identifique y a la atención que recibe en las instituciones de UP Health System.

Su información de salud puede incluir registros electrónicos, digitales y en papel, así como fotografías, videos u otras grabaciones o transmisiones electrónicas que se crearon durante su tratamiento y atención.

La legislación estatal y federal exige que UP Health System proteja su información de salud y, en virtud de la legislación federal, debemos informarle cómo manejamos dicha información. En aquellos casos en los que la legislación estatal y la federal difieran y entren en conflicto, y la legislación federal proteja en mayor medida su información o le brinde un mayor acceso a su información, nos regiremos por la legislación estatal.

## UP Health System e instituciones afiliadas

Todas nuestras instituciones, médicos empleados, oficinas, entidades, otros servicios e instituciones afiliadas deben cumplir con las condiciones de este Aviso.

Es posible que los médicos y demás cuidadores de UP Health System no empleados por UP Health System intercambien información sobre usted como paciente con el personal de UP Health System. En relación con la atención médica proporcionada por estos proveedores fuera de UP Health System, puede que estos también le informen acerca de sus propias prácticas de privacidad que describen las prácticas de su oficina.

Nosotros y nuestras instituciones afiliadas podríamos intercambiar su información de salud por motivos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según se describe a continuación.

## Cómo UP Health System podría utilizar y divulgar su información de salud

Una vez que sea paciente de UP Health System, usaremos su información de salud dentro de UP Health System y la divulgaremos fuera de UP Health System por los motivos descritos en este Aviso. En las siguientes categorías, se describen algunas de las formas en que usaremos y divulgaremos su información de salud.

**Tratamiento.** Usamos su información de salud para proporcionarle servicios de atención médica. Es posible que divulguemos su información de salud a médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes de medicina o enfermería, u otras personas que formen parte de UP Health System y necesiten la información para brindarle atención. Por ejemplo, puede que un médico que lo atienda por una herida necesite preguntarle a otro médico acerca de su estado de salud general, porque dicho estado podría afectar el proceso de curación de la herida. Además, podríamos divulgar su información de salud a personas ajenas a UP Health System que podrían estar involucradas en su atención médica, como proveedores de atención domiciliar y médicos tratantes. Puede que compartamos cierta información con las personas que usted identifique como familiares, amigos u otras personas directamente involucradas en su atención o en el pago de su atención. En caso de ser necesario, notificaremos a esas personas acerca de su ubicación, estado general o muerte.

**Pago.** Podríamos usar su información de salud y divulgarla a su aseguradora u otra parte externa a fin de garantizar el pago o la facturación en su nombre de la atención que recibe. Por ejemplo, podríamos brindar información a su plan de salud sobre un procedimiento al que se sometió aquí a fin de que nos paguen o le reembolsen los costos del procedimiento. También podríamos informar a su plan de salud sobre un tratamiento al que va a someterse para obtener la aprobación previa del pago o para saber si su plan cubrirá el tratamiento.

**Operaciones de atención médica.** Es posible que usemos y divulguemos su información de salud fuera de UP Health System para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podríamos usar su información de salud para revisar la atención que recibió y evaluar el desempeño de nuestro personal al prestarle los servicios de atención. Además, puede que combinemos la información de salud de varios pacientes para identificar qué servicios nuevos podríamos ofrecer, qué servicios no son necesarios y qué terapias son eficaces.

También podríamos divulgar su información a médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes de medicina y otras personas que formen parte de UP Health System a fin de mejorar la calidad y aprender.

**Contacto con usted.** Es posible que usemos y divulguemos su información de salud para comunicarnos con usted acerca de citas y otros asuntos. Podríamos contactarlo por correo postal, teléfono o correo electrónico. Por ejemplo, podríamos dejarle mensajes de voz en el número de teléfono que nos proporcione o responderle a su dirección de correo electrónico.

**Intercambios de información de salud.** Es posible que enviemos su información de salud a un portal de pacientes y un sistema de intercambios de información de salud (*health information exchange*, HIE) que utilizamos. Un sistema de HIE es una base de datos de información de salud mediante la que otros proveedores de atención médica que lo atienden pueden acceder a su información médica sin importar el lugar donde se encuentren siempre que sean miembros del sistema de HIE. El portal de pacientes es un mecanismo que le permite acceder a su información de salud en línea tras la atención y el tratamiento. En caso de que no quiera que su información médica se incluya en el portal de pacientes y se comparta con los profesionales de atención médica que sean miembros del sistema de HIE, puede enviar el formulario de exclusión. La exclusión demorará cinco (5) días hábiles en surtir efecto. Tenga en cuenta que, si decide solicitar la exclusión, es posible que su atención se vea afectada porque los proveedores no tendrán acceso a su información más reciente. Para solicitar su inclusión en cualquier momento más adelante, anule el formulario de exclusión por escrito.

**Servicios relacionados con la salud.** Es posible que usemos y divulguemos su información de salud para enviarle correos acerca de servicios y productos relacionados con la salud disponibles en UP Health System.

**Apoyo filantrópico.** Podríamos usar o divulgar parte de su información de salud para ponernos en contacto con usted a fin de juntar fondos para apoyar a UP Health System y a nuestras operaciones. Tiene el derecho a decidir no recibir estas comunicaciones. Le informaremos qué debe hacer para cancelarlas.

**Directorios de información de pacientes.** Nuestras instituciones incluyen información limitada acerca de usted en los directorios de pacientes, como su nombre y, posiblemente, su ubicación en el hospital y su estado general (por ejemplo, bueno, regular, grave, crítico o indeterminado). Por lo general, otorgamos esta información a quienes preguntan por usted por su nombre. También podríamos incluir en los directorios su afiliación religiosa y brindar esta información limitada al clero de la comunidad. No divulgamos esta información si se encuentra bajo tratamiento de consumo de sustancias, salvo en la medida de lo permitido por la legislación estatal o federal. Si se divulga información sobre usted en el directorio, su familia y otras personas (por ejemplo, amigos, el clero de la comunidad y repartidores) podrán visitarlo en el hospital y saber cómo se encuentra en términos generales. Si prefiere que esta información personal se mantenga confidencial, puede comunicarse con el Departamento de Admisión del hospital para que no la divulguemos.

**Investigaciones médicas.** Aquí llevamos a cabo investigaciones médicas. Es posible que nuestros investigadores clínicos consulten su historia clínica como parte de su atención actual o a fin de preparar o llevar a cabo una investigación. Además, podrían compartir su información de salud con otros investigadores de UP Health System. Todas las investigaciones sobre pacientes realizadas en UP Health System se someten a un proceso especial exigido por la ley mediante el cual se revisan las protecciones de los pacientes involucrados en la investigación, incluida su privacidad. No usaremos su información de salud ni la divulgaremos fuera de UP Health System con motivos de investigación sin obtener su consentimiento previo por escrito o garantizar la protección de su privacidad.

**Donación de órganos y tejidos.** Podríamos divulgar la información de salud de donantes de órganos, tejidos y ojos, y receptores de trasplantes a organizaciones a cargo de la gestión de trasplantes y donaciones de órganos, tejidos y ojos.

**Seguridad y salud públicas.** Divulgaremos su información de salud fuera de UP Health System siempre que así lo exija la legislación local, estatal o federal, u otro proceso legal (p. ej., procesos judiciales y administrativos, como órdenes judiciales o administrativas, o en respuesta a una citación). Puede que divulguemos su información de salud por motivos de seguridad y salud públicas, por ejemplo, para informar nacimientos, muertes, abuso o negligencia de menores, reacciones

a medicamentos o problemas con medicamentos. También es posible que compartamos su información de salud cuando sea necesario a fin de atenuar una amenaza grave e inminente hacia la salud o la seguridad, por ejemplo, para ayudar a controlar la propagación de una enfermedad o notificar a una persona cuya salud o seguridad podrían estar en riesgo. Podríamos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión de la salud para realizar actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y certificaciones. También podríamos divulgar su información de salud en caso de una emergencia o para ofrecer ayuda si se produce algún desastre.

Si tiene alguna preferencia clara respecto de cómo deberíamos compartir su información, hable con nosotros. Indíquenos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones en la medida de lo posible y de conformidad con la ley. En caso de que no pueda comunicarnos sus preferencias, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podríamos compartir su información si creemos que es para su bien.

### **Autorizaciones para otros usos y divulgaciones**

Tal como se describió anteriormente, usaremos su información de salud y la divulgaremos fuera de UP Health System por motivos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y si así lo exige o lo permite la ley. Si no tenemos su autorización por escrito, no usaremos ni divulgaremos su información de salud por otros motivos. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, usar o divulgar las anotaciones de sus sesiones de psicoterapia requiere una autorización por escrito.

Con su autorización por escrito, podríamos compartir su información de salud para promocionar nuestros productos y servicios, o con fines comerciales. Esto podría darse de forma presencial, cuando hablamos sobre nuestros productos y servicios frente a frente, o cuando visita nuestros sitios web o aplicaciones para dispositivos móviles. Es posible que recopilamos o compartamos esta información a través de cookies, píxeles u otras tecnologías similares. Se puede incluir información técnica sobre su dispositivo o navegador (p. ej., dirección de protocolo de Internet, sistemas operativos y URL de referencia), así como información sobre el uso de sitios web y aplicaciones para dispositivos móviles y las actividades que realiza en estos (p. ej., tiempo de acceso, páginas visitadas y enlaces en los que hizo clic). Puede revisar la política de privacidad del sitio web de UP Health System para obtener información detallada sobre los tipos de cookies, píxeles y otras tecnologías que podríamos usar, así como la información que podríamos recopilar y compartir. Solo podríamos vender su información de salud si recibimos su autorización previa por escrito para hacerlo.

Estos tipos de usos y divulgaciones de su información de salud solo se producirán si tenemos su consentimiento por escrito. Puede anular la autorización por escrito en cualquier momento, aunque no podemos anular ningún uso o divulgación de su información de salud producido anteriormente con su autorización.

### **Sus derechos relacionados con la información de salud**

**Derecho a inspeccionar y obtener una copia.** Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su historia clínica completa, salvo que su médico crea que divulgar dicha información podría producirle algún daño. Es posible que no pueda ver ni obtener una copia de la información recopilada para un proceso legal o ciertos registros de la investigación mientras esta se encuentre en curso. Para solicitar inspeccionar u obtener una copia de los registros, debe enviar su solicitud por escrito, con su firma y la fecha al funcionario de privacidad a través de uno de los métodos de contacto proporcionados a continuación. La preparación de esta información podría demorar hasta treinta (30) días y podría haber un cargo de preparación asociado con las copias. En caso de que UP Health System deniegue su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de los registros, puede apelar dicha denegación por escrito ante el funcionario de privacidad de UP Health System a través de uno de los métodos de contacto proporcionados a continuación.

**Derecho a rectificar.** Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a pedirnos que rectifiquemos su historia clínica. Para que se rectifique esta información, debe presentar una solicitud por escrito, con su firma y la fecha. En ella, debe especificar los registros que desea rectificar, la institución de UP Health System donde se encuentran estos registros y el motivo de su solicitud. Podríamos denegar su solicitud. En dicho caso, le explicaremos el motivo y sus opciones. UP Health System le responderá en un plazo de 60 días.

**Derecho a una rendición de información.** Puede solicitar una rendición de información, es decir, una lista de las entidades o personas (más allá de usted) a las que UP Health System haya divulgado su información de salud sin su autorización por escrito. Es posible que la rendición de información no incluya divulgaciones por motivos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y aquellas exentas por ley. Para obtener esta información, debe presentar una solicitud por escrito, con su firma y la fecha. En ella, debe especificar el período de las divulgaciones y la institución de UP Health System donde se encuentran los registros de los que desea recibir información. Es posible que no se incluyan las divulgaciones realizadas en un plazo superior a los

seis (6) años anteriores a su solicitud. En su solicitud, debe indicar la forma en que quiere que le enviemos la lista (por ejemplo, en papel o por medios electrónicos). Debe enviar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad a través de uno de los métodos de contacto proporcionados a continuación.

Le responderemos en un plazo de 60 días. Le daremos la primera lista dentro de cualquier período de 12 meses sin cargo, pero le cobraremos todas las demás listas solicitadas dentro del mismo plazo.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene el derecho a solicitar que restrinjamos los usos o divulgaciones de su información de salud por motivos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, no tenemos que estar de acuerdo en la mayoría de las circunstancias. Por ejemplo, si paga de su bolsillo y en su totalidad un artículo o servicio de atención médica y nos solicita que restrinjamos las divulgaciones a un plan de salud de su información de salud relacionada únicamente con ese artículo o servicio, accederemos en la medida en que la divulgación al plan de salud sea con el propósito de llevar a cabo el pago u operaciones de atención médica y la ley no exija dicha divulgación. También es posible que nos pida que limitemos la información de salud que usamos o divulgamos sobre una persona involucrada en su atención o en el pago de su atención, como un amigo o familiar. Una vez más, no tenemos que estar de acuerdo.

La solicitud de la restricción debe incluir su firma y la fecha. Además, en ella, debe especificar la institución de UP Health System que tiene dicha información. En la solicitud, también debe describir la información que desea restringir e indicar si quiere limitar el uso o la divulgación de la información, o ambos, y quién no debe recibir la información restringida. Debe enviar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad a través de uno de los métodos de contacto proporcionados a continuación. Le informaremos si estamos de acuerdo con su solicitud o no. En caso de estar de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, salvo que se necesite la información para brindarle un tratamiento de emergencia.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que las comunicaciones que tengamos con usted sobre su salud se realicen de una forma determinada o en una ubicación específica. Por ejemplo, puede pedirnos que solo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo. Para que tengamos comunicaciones confidenciales, debe presentar una solicitud por escrito, con su firma y la fecha. En ella, debe especificar la institución de UP Health System con la que quiere tener comunicaciones confidenciales y la forma o el lugar en que quiere que lo contacten. No es necesario que indique el motivo de su solicitud. Tampoco se lo preguntaremos. Debe enviar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad a través de uno de los métodos de contacto proporcionados a continuación. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables.

**Derecho a obtener una copia en papel de este Aviso.** Tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso. Puede pedirnos que le otorguemos una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso aunque haya aceptado recibir este Aviso por medios electrónicos, tiene el derecho a solicitar una copia en papel. Para obtenerla, visite cualquiera de nuestras instituciones o comuníquese con el funcionario de privacidad a través de uno de los métodos de contacto proporcionados a continuación. También puede consultar este Aviso en nuestro sitio web, [www.uphealthsystem.com](http://www.uphealthsystem.com).

### **Nuestra información de contacto**

Para obtener más información sobre estas prácticas de privacidad, presentar una queja, ejercer los derechos descritos en este documento o informar una inquietud o un problema, comuníquese con nosotros a:

Funcionario de privacidad de UP Health System Privacy Officers:

Bell: 906.485.2603 • 901 Lakeshore Drive • Ishpeming, MI 49849

Marquette: 906.225.3993 • 580 W. College Avenue • Marquette, MI 49855

Portage: 906.483.1500 • 500 Campus Drive • Hancock, MI 49930

O, si prefiere que la conversación sea anónima, puede llamar a la línea gratuita 1-877-508-LIFE (5433). Un asistente recibirá su inquietud de forma anónima.

Si cree que no hemos manejado su queja de forma correcta, puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede comunicarse a través de la información de contacto mencionada anteriormente para que le brindemos la dirección correcta o visitar <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>. En ninguna circunstancia se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

### **Cambios en este Aviso**

Nos reservamos el derecho a realizar cambios en nuestras políticas y el Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Si realizamos algún cambio significativo en nuestras políticas, modificaremos este Aviso y publicaremos uno nuevo. Publicaremos una copia del Aviso actualizado en nuestras instituciones y en nuestro sitio web, [www.uphealthsystem.com](http://www.uphealthsystem.com).