

Pima Health System

3950 S. Country Club Rd. #400 Tucson, AZ 85714

AVISO IMPORTANTE ACERCA DE LA POLITICA DE SU PRIVACIDAD

POR LEY SE NOS REQUIERE MANTENER SU PRIVACIDAD Y DARLE ESTE AVISO. ESTE AVISO EXPLICA COMO SERA USADA Y REVELADA SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Este aviso toma efecto a partir de
Abril 14, 2003

Sabemos cuan importante es la privacidad para usted. Proteger la información que tenemos sobre usted es importante para nosotros también. Porque la ley requiere que nosotros protejamos su información le estamos dando este aviso. En el cual se le informa sobre como mantenemos su información segura y también de como la usamos o compartimos con otros. Este aviso le informa acerca de sus derechos.

QUEREMOS PROTEJER SU PRIVACIDAD

- Cada uno de los que trabajan en Pima Health System se ha comprometido a proteger su privacidad y a seguir las reglas de este aviso.
- Obtendremos su consentimiento para usar o compartir información sobre su salud cuando sea requerido por la ley Federal o de Arizona.
- Requerimos que los profesionales que trabajan con nosotros cooperen en proteger la información de usted y en cumplir con la ley.
- Nosotros no vendemos información suya a nadie.
- Solo proporcionaremos la mínima y necesaria cantidad de información sobre usted.

RECOPILAMOS INFORMACION SOBRE USTED PARA SATISFACER SUS NECESIDADES DE CUIDADO DE SALUD.

Para satisfacer sus necesidades de cuidado de salud y para administrar nuestro negocio, es importante que recopilemos y mantengamos información sobre usted. Por ejemplo:

- *Obtenemos información como su nombre, dirección y número telefónico de las formas que usted llena.*
- *Obtenemos información médica sobre usted de su médico, enfermera o terapeuta*
- *Recibimos otro tipo de información suya al hablar con usted o con algun miembro de su familia.*

Esto nos ayuda a proveerle a usted el cuidado que necesita, por ejemplo:

Necesitamos saber si usted usa silla de ruedas para hacer los arreglos de transportación necesarios para usted.

6

Necesitamos saber que tipo de ajustes de vivienda tenemos que hacer para ayudarle con sus necesidades de cuidado .

NOSOTROS USAMOS O COMPARTIMOS LA INFORMACION RECOPILADA DE USTED PARA SATISFACER SUS NECESIDADES

Cuando se registra con AHCCCS, usted firma una forma de consentimiento que nos permite usar o compartir información suya de ciertas formas:

Para su tratamiento de cuidado de salud, o para proveerle a usted con productos o servicios para el cuidado de su salud.

A continuación le daremos algunos ejemplos de como podríamos usar o compartir su información :

- *Podríamos enviar información suya a una compañía de equipo médico, cuando su doctor ordene equipo médico para usted .*
- *Tal vez le informemos a transportación que usted usa silla de ruedas para que puedan ayurlo(a).*
- *Tal vez tengamos que hablar con una agencia de salud en el hogar para que puedan cuidarlo(a).*

Para pagar a los proveedores de cuidado de salud

Quienes proporcionan estos tratamientos, servicios o productos para usted. Aquí tenemos un ejemplo:

- *Tal vez le informemos a su doctor que usted es parte de Pima Health System para que podamos pagar por sus servicios de cuidado de salud .*

Para que nosotros podamos manejar nuestras operaciones de cuidado de salud y que podamos:

- Manejar su cuidado
- Hacer monitoreos médicos.
- Consultar con proveedores al cuidado de la salud.
- Manejo de casos y para coordinación de cuidados.
- Para asegurar el cumplimiento de nuestros programas.
- Realizar asuntos contables, legales y de auditoria.
- Para planeación de negocios o de actividades administrativas.
- Proveer servicios al cliente.
- Resolver quejas y agravios.
- Crear nuestros reportes y recolección de datos.

Estos son algunos ejemplos de lo que podríamos hacer:

- *Nuestro personal de quality management podrían monitorear a nuestros doctores para asegurarse de que tan bien satisfacen sus necesidades de cuidado médico .*
- *Un trabajador social podría hablar con usted acerca de otros tratamientos o servicios de salud para ayudarlo(a).*
- *Tal vez le llamemos a usted para recordarle que tiene una cita que nosotros pusimos para usted.*
- *Podríamos hablar sobre quejas que usted pueda tener acerca de su cuidado médico.*

Para uso de nuestros socios quienes realizan parte de nuestro trabajo para nosotros. Estas pueden ser compañías que nos ayudan a procesar sus medicamentos, o a monitorear los servicios dentales que usted recibe de nosotros.

Para estudios con ciertas agencias para desarrollar nuevos y mejores tratamientos.

Para las personas que usted nombró para que lo ayuden con su cuidado o que le ayudan a pagar por su cuidado.

LA LEY ESTATAL Y FEDERAL NOS PERMITE A NOSOTROS COMPARTIR INFORMACION QUE RECPILAMOS SOBRE USTED SIN SU CONSENTIMIENTO POR OTRAS RAZONES

- Por su propia protección al reportar fraude o abuso a las agencias reglamentarias o agencias al servicio de protección.
- Por razones de seguridad nacional, propósitos legales u ordenes de la corte.
- Para una agencia estatal o federal que inspeccione el cuidado de la salud y que haga auditorias, investigaciones, inspecciones, certifique o realice estudios.
- Para prevenir amenazas serias a su seguridad o a la salud pública.
- Para actividades de salud pública tales como:
 - prevenir o controlar enfermedades;
 - información o certificados de defunción;
 - información para córoners y examinadores médicos;
 - para reportar negligencia o abuso infantil;
 - reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - para notificar a las personas sobre anulación o sustitución de drogas;
 - posible contagio de una enfermedad comunicable;

TOMAMOS ATENCION ESPECIAL PARA PROTEJER SU INFORMACION

- Tomamos medidas físicas y electronicas para salvaguardar su información.
- Hemos escrito estándares y procedimientos que nuestro personal y proveedores de salud deben seguir cuando manejen su información privada.
- Nuestro empleados reciben capacitación y firman una forma prometiendo proteger su información.

ESTOS SON SUS DERECHOS

- Usted podría obtener una copia de la información que recolectamos sobre usted. Si hay

información que la ley no los permite darle, le avisaremos.

- Si tenemos información incorrecta de usted, usted puede solicitar por escrito que la corrijamos y el porqué.
- Uste puede solicitar por escrito una lista indicando a quien le hemos dado su informacion de salud, que no fué información relacionada con el tratamiento, pago o con nuestras operaciones de cuidado de salud. Usted debe indicar que periodo de tiempo (no más de 6 años) usted quiere, pero que no sea antes de Abril 14, 2003.
- Usted nos puede solicitar que no usemos o compartamos cierta información a alguien en particular que usted nos diga. Usted debe solicitarnoslo por escrito. Sin embargo la ley nos permite usar o compartir esta información cuando creamos que es por su bien aun cuando usted no está de acuerdo con nosotros.
- Si cualquier comunicacion de nosotros con usted puede ponerlo en riesgo, usted puede solicitarnos hablarle o escribirle de una manera confidencial o mandarle correspondencia a otra dirección. Nosotros lo haremos siempre y cuando sea una petición razonable.
- Si usted nos ha autorizado usar su información por una razón especial, usted puede solicitarnos por escrito que cancelemos esa autorización en cualquier momento.
- Usted tiene el derecho de recibir este aviso:
 - Cuando se registra con nuestro plan de salud.
 - Cada que cambiemos nuestras practicas de privacidad.
 - Cada vez que usted lo solicite.
 - La forma en papel aunque la haya recibido electronicamente.
- Usted tiene el derecho de quejarse con nosotros si usted considera que hemos violado su derecho de privacidad como se explica en este aviso. También puede quejarse con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. No le suspenderemos sus servicios de salud por el hecho de quejarse.

CHANGES TO THIS NOTICE:

- Cuando las reglas cambien haremos los cambios a este aviso. Si hacemos algun cambio a este aviso, aplicará a la información que ya tenemos de usted y a cualquier información que recibamos de usted en un futuro.
- Si hacemos algun cambio a este aviso, la fecha en que tomará efecto aparecerá en la primera página, tal como en este aviso.
- Le recordaremos por lo menos cada tres años de como recibir el aviso de nosotros.

PERSONAS A QUIEN CONTACTAR SOBRE INFORMACION DE ESTE AVISO O PARA QUEJARSE DE NUESTRAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD:

Para hacer preguntas sobre este aviso, o para **pedir una copia**, ó **para reportar una queja sobre nuestras practicas de privacidad**, usted puede llamar a Pima Health System Compliance Coordinator al (520) 243-8033 de 8:00a.m. a 5:00p.m. de lunes a viernes.

O, puede escribirnos a:
Pima Health System Compliance Office
3950 S. Country Club Rd. #400
Tucson, AZ 85714