



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entrada en vigencia: 14 de abril de 2003

Fecha de revisión: 1 de agosto de 2013, 6 de junio de 2019

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA CON ATENCIÓN.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (el «Aviso») describe las obligaciones legales de los Misioneros Franciscanos de Our Lady Health System y sus entidades afiliadas cubiertas (la «Organización») y sus derechos legales con respecto a la información de salud protegida en poder de la Organización bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 («HIPAA», por sus siglas en inglés). HIPAA protege solo cierta información de salud conocida como «información médica protegida». En general, la información médica protegida es información de salud identificable de forma individual, incluida la información demográfica, recopilada a usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de intercambio de información de atención médica, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud grupal que está relacionada con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura o al pago de los servicios de atención médica. Esta información puede ser transmitida o mantenida en cualquier forma por la Organización.

QUIÉNES CUMPLIRÁN CON ESTE AVISO

Este Aviso describe las prácticas de la Organización y las de:

- todos los empleados, voluntarios, contratistas y demás personal;
- todos los departamentos y dependencias de la Organización;
- cualquier miembro de un grupo de voluntarios que permitamos que lo atienda mientras esté bajo nuestro cuidado;
- cualquier médico o profesional de la salud asociado que sea miembro del personal médico y que participe en su atención;
- todas estas entidades, sitios y ubicaciones siguen los términos de este aviso. Cuando este Aviso se refiere a «nosotros», se refiere a las siguientes entidades, sitios y lugares. Además, estas entidades, sitios y lugares pueden compartir información médica entre sí para el tratamiento, con fines de pago o prácticas operacionales que se describen en este aviso.

La Organización, su Personal Médico y otros proveedores de atención médica afiliados a la Organización participan en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA, por sus siglas en inglés) bajo HIPAA con el fin de compartir información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los participantes incluyen: Our Lady of the Angels Hospital, Our Lady of the Lake Regional Medical Center, Our Lady of Lourdes Regional Medical Center, Heart Hospital of Lafayette, St. Francis Medical Center, St. Dominic-Jackson Memorial Hospital, servicios para personas mayores, centros de salud en escuelas, grupos de médicos de organizaciones afiliadas, Health Leaders Network Next Generation ACO, Community Connect y RX One. Tenga en cuenta que esta lista no los incluye a todos.

Además, la Organización utiliza un sistema de registro médico electrónico unificado compatible con HIPAA para respaldar la atención y los servicios eficientes y para promover la continuidad de la atención médica. Por último, las instalaciones designadas dentro de la organización sirven como sitios de enseñanza para LSU Health Sciences Center. La facultad de LSU está clínicamente integrada en los lugares de atención con fines educativos y de capacitación.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en nuestra Organización. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por nuestra Organización, ya sean archivados en su registro médico, facturas, formularios de pago, cintas de video u otras formas, que incluyan información médica protegida. Los médicos y otros proveedores de atención que no están empleados por la Organización pueden tener diferentes políticas o avisos sobre el uso y divulgación de su información médica protegida creada en el consultorio o clínica del médico.

CONFIRMACIÓN DEL RECIBO DE ESTE AVISO

Se le pedirá que proporcione una confirmación de recibo firmada de este Aviso. Nuestra intención es informarle sobre los posibles usos y divulgaciones de su información médica protegida y sus derechos de privacidad. La prestación de servicios de atención médica no estará condicionada de ninguna manera a su reconocimiento firmado. Si se niega a proporcionar una confirmación de recibo firmada, continuaremos brindando su tratamiento, y utilizaremos y divulgaremos su información médica protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica cuando sea necesario.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

En algunas circunstancias, estamos autorizados u obligados a usar o divulgar su información médica protegida sin obtener su autorización previa y sin ofrecerle la oportunidad de objetar. Las siguientes categorías describen estas diferentes circunstancias. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos a qué nos referimos e incluiremos un ejemplo. No se mencionan cada uso o divulgación en una categoría. Sin embargo, todas las formas en las que se nos permiten usar y divulgar información aparecerán dentro de una de las categorías.

- **Para el tratamiento:** podemos usar y divulgar su información médica protegida para brindarle tratamiento o servicios médicos. podemos divulgar su información médica protegida a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otros proveedores de atención médica que estén involucrados en su cuidado. Por ejemplo, es posible que un médico que lo esté tratando por una fractura en la pierna necesite saber si tiene diabetes, ya que la diabetes puede retardar el proceso de curación. Sumado a ello, es posible que el médico deba informar al nutricionista si tiene diabetes para que podamos organizar las comidas adecuadas a esta condición. Los diferentes departamentos del hospital también pueden compartir información médica sobre usted para coordinar las diferentes cosas que necesita, como medicamentos, análisis de laboratorio y radiografías, y podemos divulgar su información médica protegida a terceros con quienes coordinamos y administramos su cuidado.
- **Para el pago:** podemos usar y divulgar su información médica protegida para que el tratamiento y los servicios que reciba en el hospital puedan ser facturados y puedan ser cobrados a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, podríamos informar a su compañía de seguros de salud sobre su diagnóstico y tratamiento para ayudar a la aseguradora a procesar nuestra reclamación por los servicios de atención médica que le brindamos o compartir información con una persona que le ayuda a pagar su atención.
- **Para las operaciones de la atención médica:** podemos usar y divulgar su información médica protegida para nuestras operaciones y funciones diarias. Por ejemplo, podemos recopilar su información médica protegida, junto con la de otros pacientes, para permitir que un equipo de nuestros profesionales de la salud revise esa información y haga sugerencias sobre cómo mejorar la calidad de la atención brindada en nuestra Organización. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, miembros de nuestro equipo de mejoramiento de la calidad y otros participantes en nuestros arreglos de atención médica organizada para fines de revisión y aprendizaje, y para mejorar la calidad y la

eficacia de los servicios que recibe. Las entidades e individuos cubiertos por este Aviso pueden compartir información para sus operaciones conjuntas de atención médica.

- **Con los socios comerciales:** Podemos contratar a personas o entidades conocidas como socios comerciales para realizar diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Para realizar estas funciones o proporcionar estos servicios, los socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán o transmitirán información médica protegida sobre usted, pero solo después de que acuerden de forma escrita que implementarán las medidas de seguridad adecuadas con respecto a su información médica protegida.
- **Intercambio de información médica:** podemos compartir su información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica a través de un intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) en el que contribuimos para que los participantes puedan acceder y utilizar de manera eficiente su información médica pertinente necesaria para el tratamiento y otros fines legales. Un HIE es un sistema electrónico seguro que ayuda a los proveedores de atención médica y entidades como los planes de salud y las aseguradoras a administrar y atender a los pacientes. Enviaremos su información de salud al HIE de Epic Care Everywhere, al HIE de Cerner CommonWell y a otros HIE cuando decidamos participar en ellos. La información sobre su atención médica previa así como sus afecciones médicas y medicamentos actuales está disponible para nosotros y también para proveedores de atención médica que no pertenecen a la Organización y que participan en el HIE. Usted tiene el derecho a ser excluido del HIE. Sin embargo, incluso si lo hace, parte de su información médica permanecerá disponible para ciertas entidades de atención médica según lo permita la ley.
- **Recordatorios de citas:** podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en nuestra Organización.
- **Alternativas de tratamiento:** podemos comunicarnos con usted o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interés.
- **Beneficios y servicios relacionados con la salud:** podemos comunicarnos con usted para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud, como programas de manejo de enfermedades y actividades comunitarias en las que participamos que puedan ser de su interés.
- **Actividades para recaudar fondos:** podemos comunicarnos con usted como parte de nuestro esfuerzo para recaudar fondos para nuestra Organización. Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos y todas las comunicaciones de recaudación de fondos incluirán información sobre cómo puede solicitar ser excluido para no recibir comunicaciones futuras.
- **Investigación:** bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su información médica protegida con fines de investigación a través de un proceso de aprobación especial diseñado para proteger la seguridad, el bienestar y la confidencialidad del paciente. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad que tienen los pacientes de la privacidad de su información médica. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro para la misma condición. Sin embargo, podemos divulgar información médica sobre usted a personas que se están preparando para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica que revisa no salga del hospital.
- **Según lo requiera la ley:** usaremos y divulgaremos su información médica protegida cuando lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** podremos utilizar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solamente sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

SITUACIONES ESPECIALES

- **Donación de órganos y tejidos:** podemos divulgar información médica protegida a organizaciones que manejan la adquisición de órganos, trasplante de ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar el trasplante y donación de órganos o tejidos.
- **Militares y veteranos:** si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica protegida según lo exijan las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la correspondiente autoridad militar extranjera.
- **Compensación laboral:** podemos divulgar su información médica protegida para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por accidentes de trabajo o enfermedad.
- **Riesgos para la salud pública:** podemos divulgar su información médica protegida para actividades de salud pública. Entre dichas actividades se incluyen:
 - prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidad;
 - informar de nacimientos y muertes;
 - informar a los registros estatales y federales de tumores;
 - reportar abuso infantil o negligencia;
 - reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - notificar a las personas de retiros de productos que puedan estar usando;
 - notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y
 - proporcionar prueba de inmunización a una escuela que el estado u otra ley solicite que tenga tal prueba con el acuerdo a la divulgación por parte de un padre o tutor u otra persona que actúe en lugar de uno de los padres en el caso de un menor no emancipado;
 - notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley.
- **Actividades de supervisión médica:** nosotros podemos revelar su información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su información médica protegida en respuesta y de acuerdo con una orden judicial o administrativa. También podemos revelar su información médica protegida en respuesta a un pedido de presentación de pruebas, a una citación judicial u otro proceso legal por otra parte involucrada en el conflicto, pero únicamente si hemos hecho un esfuerzo por informarle a usted sobre el pedido o para obtener una orden que proteja la información que la parte ha solicitado.
- **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su información médica protegida si un oficial de la ley lo solicita:
 - en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar;

- para identificar o localizar a un sospechoso, testigo importante, fugitivo o persona desaparecida;
 - sobre la víctima de un crimen si bajo ciertas circunstancias limitadas no podemos obtener la conformidad de la persona;
 - sobre una muerte que creamos puede ser el resultado de conducta criminal;
 - sobre la conducta criminal en la Organización; y
 - en circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la ubicación del crimen o víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos divulgar su información médica protegida a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre los pacientes de la Organización a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
- **Reclusos:** si usted está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podremos divulgar información de salud a la institución correccional o al personal de las fuerzas de seguridad. Esta divulgación sería necesaria: (1) para que la institución le proporcione cuidados médicos; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad y protección del correccional.
- **Actividades de inteligencia y seguridad nacional:** podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

También podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes circunstancias. Sin embargo, excepto en situaciones de emergencia, le informaremos de nuestra acción prevista antes de realizar tales usos y divulgaciones y, en ese momento, le ofreceremos la oportunidad de objetar.

- **Directorio de hospitales:** es posible que incluyamos cierta información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras sea paciente en el hospital. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el hospital, su condición general (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, a excepción de su afiliación religiosa, también se puede divulgar a las personas que lo soliciten por su nombre. Su afiliación religiosa puede ser entregada a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino, incluso si no preguntan por su nombre. Esto es para que su familia, amigos y el clero puedan visitarlo y, en general, saber cómo se encuentra.
- **Individuos involucrados en su cuidado o pago de su atención médica:** podemos divulgar su información médica protegida a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica. Nosotros también podemos dar información a alguien que ayuda a pagar por su cuidado. También podemos decirle a su familia o amigos acerca de su condición y que usted está en el hospital. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad de asistencia en un esfuerzo de ayuda de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

Con pocas excepciones, debemos obtener su autorización por escrito para usos y divulgaciones de su información médica protegida que involucre: (1) ciertas comunicaciones de mercadeo sobre un producto o servicio y si se trata de una remuneración financiera, (2) una venta de información médica protegida que resulte en una remuneración no permitido bajo HIPAA; y (3) notas de psicoterapia, excepto para ciertos propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, si la divulgación es requerida por la ley o para actividades de supervisión de la salud, o para evitar una amenaza grave.

Excepto según lo permitido por HIPAA o como se describió anteriormente, las divulgaciones de su información médica protegida se harán solo con su autorización por escrito. Puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito, a

menos que hayamos actuado en función de su autorización previa, o si ha firmado la autorización como condición para obtener la cobertura del seguro.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a solicitar restricciones:** tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación acerca de usted para operaciones de tratamiento, pago o de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite sobre la información médica que divulguemos a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos o divulguemos alguna información que esté relacionada con una cirugía que haya tenido.

Excepto en los casos que se indican más adelante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. En caso de que sí estemos de acuerdo, cumpliremos con su petición, a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia.

A partir del 23 de septiembre de 2013, cumpliremos con cualquier solicitud de restricción: (1) a menos que la ley así lo exija, la divulgación se realice a un plan médico para fines de pago u operaciones de atención médica (y no tiene el propósito de llevar a cabo tratamiento); y (2) la información médica protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual la Organización ha recibido el desembolso total. La Organización no es responsable de notificar a los proveedores posteriores de atención médica de su solicitud de restricciones a la divulgación a los planes médicos de dichos artículos y servicios, por lo que deberá notificar a otros proveedores si desea que cumplan con la misma restricción.

Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de su institución como se indica más adelante. En su petición, usted debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién quiere aplicar los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

- **Derecho a pedir comunicaciones confidenciales:** tiene el derecho de solicitar que su terapeuta se comunique con usted acerca de los asuntos de salud de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitarnos que solo lo contactemos en su trabajo o por correo.

Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de su institución como se indica a continuación. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. No le preguntaremos el motivo de su petición. Tendremos en cuenta todas las solicitudes que sean razonables.

- **Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud:** tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica protegida que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia, información cumplida en anticipación o para uso en procedimientos civiles, penales o administrativos, o cierta información que se rige por la Ley de Mejoramiento de Laboratorios Clínicos. Si la información médica protegida solicitada se mantiene de forma electrónica y usted solicita una copia electrónica, le proporcionaremos acceso en el formato electrónico que solicite, si es fácilmente reproducible, o si no, en un formulario electrónico legible y en un formato que acordemos mutuamente. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de acuerdo con HIPAA y la ley estatal aplicable.

A pesar de su derecho general a acceder a su información médica protegida, el acceso puede ser denegado en circunstancias limitadas. Por ejemplo, el acceso puede ser denegado si está preso en una institución correccional o si participa en un programa de investigación que aún está en progreso. El acceso puede ser denegado si se aplica la Ley de Privacidad federal. El acceso a la información que se obtuvo de alguien que no sea un proveedor de atención médica bajo una promesa de confidencialidad puede ser denegado si al permitirle el acceso podría ocurrir que revele la fuente de la información. La decisión de denegar el acceso en estas circunstancias es definitiva y no está sujeta a

revisión. De lo contrario, proporcionaremos una explicación por escrito sobre la base de la denegación y sus derechos de revisión.

Para inspeccionar y copiar la información médica que se puede usar para tomar decisiones sobre usted, debe enviar su solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos de su centro como se indica más adelante. Si solicita una copia de la información, de acuerdo con la ley estatal aplicable, se le cobrará una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

- **Derecho a solicitar una modificación:** si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información. Tiene el derecho a solicitar una enmienda mientras la información se mantenga por o para la Organización. Podemos negarle su petición de modificación si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos negar su petición si usted nos pide que modifiquemos información que:
- no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la modificación;
 - no es parte de la información médica que se mantenga por o para el hospital;
 - no es parte de la información que se le permite revisar o copiar; o
 - es exacta y completa.

Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Departamento de Registros Médicos de su centro como se indica más adelante. Sumado a eso, debe darnos una razón que respalde su solicitud de modificación. Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

- **Derecho a un Informe de Divulgaciones:** tiene el derecho de solicitar un «informe» de ciertas divulgaciones de su información médica protegida que se realizaron durante el período de seis años anterior a la fecha de su solicitud. Sin embargo, las siguientes divulgaciones no se contabilizarán: (i) divulgaciones realizadas con el fin de llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica a menos que HIPAA proporcione lo contrario, (ii) divulgaciones que se le hayan hecho, (iii) divulgaciones de información mantenida en nuestro directorio de pacientes, o divulgaciones a personas involucradas en su cuidado, o con el propósito de notificar a su familia o amigos sobre su paradero, (iv) divulgaciones con fines de seguridad nacional o inteligencia, (v) divulgaciones a instituciones correccionales o personal de las fuerzas de seguridad que lo tuvieron bajo custodia en el momento de la divulgación, (vi) divulgaciones que se produjeron antes del 14 de abril de 2003, (vii) divulgaciones realizadas de conformidad con una autorización firmada por usted, (viii) divulgaciones que forman parte de un conjunto de datos limitados, (ix) divulgaciones que son incidentales a otro uso o divulgación permisibles, o (x) divulgaciones hechas a una agencia de supervisión médica o a personal de las fuerzas de seguridad, pero solo si la agencia o el funcionario nos pide no darle explicaciones a usted de tales divulgaciones y solo por el período limitado de tiempo cubierto por esa solicitud. El informe incluirá la fecha de cada divulgación, el nombre de la entidad o persona que recibió la información y la dirección de esa persona (si se conoce), y una breve descripción de la información revelada y el propósito de la divulgación para el período solicitado, a menos que el período o derecho a recibir el informe está limitado por la HIPAA.

Para solicitar esta lista o el informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos de su centro, tal como se indica más adelante. Su solicitud debe indicar un período de tiempo. También debe indicar la manera en que desea recibir el informe (por ejemplo, por escrito o por correo electrónico). El primer informe que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuito. Para informes adicionales, podríamos cobrarle los costos de otorgar el informe. Nosotros le notificaremos del costo y usted puede elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

Derecho a una copia impresa de este Aviso:

Tiene el derecho a recibir una copia de este Aviso. Puede obtener una copia de este Aviso en las páginas web mencionadas más abajo. Para obtener una copia en papel de este Aviso, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento y Privacidad como se indica a continuación.

NUESTRAS OBLIGACIONES

- La ley nos exige que nos aseguremos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada;
- Estamos obligados a proporcionarle este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad;
- Estamos obligados a notificarle en caso de que descubramos una violación de la información médica protegida no garantizada, como se define ese término en la ley federal; y
- Estamos obligados a seguir los términos de este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de hacer los cambios aplicables a toda la información médica protegida que mantenemos. Cualquier cambio a este Aviso se publicará en nuestra página web y en nuestras instalaciones y estará disponible a solicitud.

RECLAMOS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nuestra oficina o con el ministro del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Para presentar una queja con nosotros, comuníquese con el Defensor del Paciente como se indica a continuación. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No será penalizado, ni se tomará represalias de ninguna otra manera por presentar un reclamo.

Our Lady of the Angels
433 Plaza Street, Bogalusa, LA 70427
(985) 730-6800
www.oloah.org

Our Lady of Lourdes Regional Medical Center
4801 Ambassador Caffery Parkway, Lafayette, LA 70508
(337) 470-2100
www.lourdesrmc.com

Our Lady of the Lake Regional Medical Center
5000 Hennessy Blvd, Baton Rouge, LA 70808
(225) 765-4321
www.ololrmc.com

St. Francis Medical Center
309 Jackson St., Monroe, LA 71201
(318) 966-4000
www.stfran.com

St. Dominic-Jackson Memorial Hospital
969 Lakeland Drive
Jackson, MS 39216
(601) 200-2000
www.stdom.com

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Puede comunicarse con el Oficial de Cumplimiento y Privacidad apropiado que se menciona a continuación si tiene preguntas sobre este aviso.

Our Lady of the Angels
(985) 730-2303

Servicios para personas mayores
(225) 765-5216

Our Lady of the Lake Regional Medical Center
(225) 765-5216

St. Francis Medical Center
(318) 966-4879

Our Lady of Lourdes Regional Medical Center
(337) 470-2825

St. Dominic-Jackson Memorial
Hospital (601) 200-6302

**CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

He recibido su Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre en letra imprenta del paciente o del representante del paciente: _____

Relación con el paciente (si está firmando por el paciente): _____

Firma: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO OFICIAL

Intenté obtener la firma del paciente en la confirmación de recibo de este Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo como se describe a continuación:

MOTIVO(S): _____

Nombre del empleado y fecha: _____