

## Ascension Seton Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

### **Nuestro Compromiso**

Estamos comprometidos a mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud. Este Aviso le informa sobre sus derechos con respecto a su información médica y cómo podemos usarla y divulgarla (compartirla). También protegemos la privacidad de sus registros relacionados con trastornos por uso de sustancias según una ley federal llamada *Parte 2*, en las ubicaciones que ofrecen programas regulados por la Parte 2, según se explica en este Aviso.

### **Quién Sigue Este Aviso**

Este Aviso es seguido por todos los empleados, personal médico, aprendices, estudiantes, voluntarios, contratistas, proveedores, agentes y miembros de la fuerza laboral de las ubicaciones de Ascensión Seton, tales como hospitales, centros de atención ambulatoria, farmacias, laboratorios y consultorios médicos. Algunas ubicaciones pueden actuar como una Entidad Cubierta Afiliada para cumplir con las Reglas de HIPAA. Ascensión Seton también participa en un Acuerdo de Atención Médica Organizada con otras ubicaciones de Ascensión, lo que permite usar y compartir su información entre sí para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según lo permitido por las Reglas de HIPAA. Para obtener una lista completa de ubicaciones, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Ascensión Seton ("Oficial de Privacidad") como se describe en este Aviso.

### **Cómo Podemos Usar y Compartir Su Información**

Este Aviso explica las maneras en que podemos usar y compartir su información médica y cuándo necesitamos su autorización por escrito para hacerlo. Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto al número o dirección que nos haya proporcionado. Normalmente utilizaremos métodos encriptados para comunicarnos electrónicamente con usted, pero algunas comunicaciones, como los mensajes de texto, pueden enviarse sin encriptar. Al proporcionarnos su número móvil o correo electrónico, usted acepta recibir mensajes de esa manera.

La mayoría de las veces usamos y compartimos su información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo, esto significa que podemos usar o compartir su información:

- para brindarle servicios de atención médica, con otros proveedores que lo estén tratando o con una farmacia para surtir su receta.
- con su compañía de seguros u otro pagador para cobrar por los servicios o para obtener autorización de servicios o medicamentos.
- para apoyar nuestras operaciones, mejorar su atención, capacitar a nuestros profesionales y evaluar el desempeño de los proveedores.
- con nuestros asociados comerciales (*business associates*), quienes brindan servicios para nosotros, como servicios de facturación. Estos asociados deben cumplir con las Reglas de HIPAA para proteger la privacidad y seguridad de su información médica.
- para crear un conjunto de datos limitado o información desidentificada. Una vez que la información se desidentifica completamente, ya no está protegida por este Aviso y puede utilizarse legalmente para desarrollar nuevos procedimientos, productos o investigaciones.

Podemos usar herramientas de inteligencia artificial (“IA”) para los fines descritos anteriormente y en este Aviso, y según lo permitan las Reglas HIPAA y otras leyes aplicables. Por ejemplo, podemos usar herramientas que registren sus interacciones con nuestros proveedores y personal para ayudar a redactar notas o programar citas. Nuestros proveedores a veces pueden usar herramientas de IA, incluso para fines de diagnóstico, para ayudar a brindarle una mejor atención, pero estas herramientas no reemplazan el juicio de dichos proveedores. También podemos usar herramientas de IA para ayudarnos con nuestras operaciones, como para crear presentaciones educativas, programar a nuestro personal y realizar análisis hospitalarios, como revisiones de duración de estancia

También podemos usar o compartir su información médica para comunicarnos con usted por las siguientes razones:

- para informarle sobre posibles opciones de tratamiento alternativas, nuevos servicios, oportunidades para participar en investigaciones, oportunidades para brindarnos comentarios sobre nuestros servicios y otros beneficios o servicios relacionados con la salud.
- para informarle sobre su atención y los servicios próximos, incluidos citas, recordatorios de resurtido de medicamentos u otros mensajes similares relacionados con su atención.
- para fines de recaudación de fondos de Ascensión. Usted puede optar por no recibir estos mensajes respondiendo como se indica en el mensaje o comunicándose con el Oficial de Privacidad.

También se nos permite, y en algunos casos la ley nos exige, usar o compartir su información con ciertos destinatarios. Es posible que debamos cumplir con ciertos requisitos antes de poder usar o compartir su información para estos fines. Algunos ejemplos incluyen:

- Salud y seguridad pública: reportar enfermedades transmisibles, nacimientos o defunciones; reportar abuso, negligencia o violencia doméstica; reportar reacciones adversas a los medicamentos; evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad (la información de la Parte 2 será desidentificada antes de compartirse).
- Aplicación de la ley: identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo o persona desaparecida; reportar un delito ocurrido en la instalación.
- Procedimientos judiciales y administrativos: responder a una orden judicial o administrativa, como una citación (subpoena).
- Compensación laboral y otras solicitudes del gobierno: reclamaciones o audiencias de compensación laboral; agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; funciones gubernamentales especiales (militares, seguridad nacional).
- Auxilio en casos de desastre: compartir su ubicación y condición general con el propósito de notificar a su familia o amigos y a agencias autorizadas por ley para ayudar en situaciones de emergencia.
- Cumplimiento de la ley: proporcionar información al Departamento de Salud y Servicios Humanos para verificar si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
- Investigación: preparación para un estudio de investigación; análisis de registros como parte de un proyecto aprobado por una Junta de Revisión Institucional (IRB) y que presenta bajo riesgo para su privacidad; estudios que sólo involucren información de personas fallecidas.
- Incidental a un uso o divulgación permitida: llamar su nombre en una sala de espera para una cita, y otras personas podrían escuchar su nombre. Hacemos esfuerzos razonables para limitar estos usos o divulgaciones incidentales.
- A un director de funeraria, forense o médico forense según sea necesario para que realicen su trabajo.
- A organizaciones que manejan donaciones y trasplantes de órganos, tejidos u ojos según sea necesario para que realicen su trabajo.

También participamos en los intercambios de información de salud, o HIEs, para compartir su información electrónicamente para su atención y para otros fines permitidos por las Reglas HIPAA o requeridos por la ley. Otros participantes del HIE también están obligados a proteger su información. Usted puede optar por que su información no esté accesible en un HIE para todos los fines que no sean requeridos por la ley comunicándose con el Oficial de Privacidad según se describe en este Aviso.

En los siguientes casos, podemos usar o compartir su información a menos que usted diga que no o si nos lo pide específicamente. Si usted no puede darnos su permiso, por ejemplo si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es de su mejor interés.

- Con su familia, amigos u otras personas involucradas en su atención o en el pago de su atención. Por ejemplo, podemos decirle a su familia cómo se encuentra después de una cirugía.
- Para un directorio de la instalación y servicios de capellanía.

En las siguientes situaciones, solo usaremos o compartiremos su información de salud si usted nos da permiso por escrito. Usted puede revocar este permiso en cualquier momento (excepto en la medida en que hayamos confiado en él) comunicándose con el Oficial de Privacidad.

- para fines de mercadeo (según lo definido por las Reglas HIPAA).
- para la venta de su información o para pagos de terceros.
- para ciertos intercambios de notas de psicoterapia.
- para cualquier otro motivo no descrito en este Aviso.

Nuestro uso y divulgación de cierta información sensible también puede estar sujeto a restricciones adicionales conforme a otras leyes federales o estatales, incluidas, entre otras, la Parte 2, como se describe en la sección de Registros de la Parte 2 en este Aviso. Esto incluye información relacionada con el uso de alcohol y sustancias, genética, salud mental y VIH/SIDA.

Debe saber que si su información se ha compartido legalmente, ya sea a su solicitud o de manera descrita anteriormente conforme a la ley federal y estatal, puede estar sujeta a redistribución y ya no estar protegida bajo la ley federal y estatal.

### **Sus Derechos**

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos según se indica en este Aviso o comunicándose con el Oficial de Privacidad. Algunas solicitudes deben hacerse por escrito. Usted puede:

- **Acceder, inspeccionar y copiar información que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención.** Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia en papel o electrónica. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa razonable. Le proporcionaremos una copia o un resumen dentro de 30 días (o antes, de acuerdo con la ley estatal) y le informaremos sobre cualquier retraso o si no podemos cumplir con su solicitud.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales.** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica. Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables y responderemos dentro de 60 días.
- **Solicitar una restricción.** Puede pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no”. Cuando usted pague por servicios de su bolsillo, en su totalidad, y nos pida que no compartamos esa información con su plan de seguro, diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información. Le informaremos dentro de 30 días.
- **Solicitar una enmienda.** Puede pedirnos que enmendemos (hagamos cambios) a su información de salud si es inexacta o está incompleta. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de 60 días o le informaremos si necesitamos tiempo adicional, pero no más de 30 días adicionales.

- **Obtener una lista de con quién hemos compartido su información.** Puede solicitar una lista (rendición de cuentas) de las veces que compartimos su información y por qué, hasta seis años atrás, o tres años para los registros de la Parte 2, desde la fecha de su solicitud. No se incluirán todas las divulgaciones (comparticiones) en esta lista, como aquellas realizadas para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, excepto para los registros de la Parte 2 que se hayan compartido a través de un registro de salud electrónico. Le proporcionaremos una rendición de cuentas sin costo dentro de 60 días o le informaremos si necesitamos tiempo adicional, pero no más de 30 días adicionales. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos si solicita otra dentro de 12 meses.
- **Obtener una copia de este Aviso.** Puede pedirnos una copia (en papel o electrónica) de este Aviso en cualquier momento o ver una copia en nuestro sitio web:  
<https://healthcare.ascension.org/npp>.
- **Elegir a alguien para actuar en su nombre.** Si usted ha otorgado a alguien un poder legal para atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. En algunas circunstancias, un menor de edad puede tomar decisiones o ejercer sus propios derechos.
- **Presentar una queja.** Puede presentar una queja si siente que sus derechos han sido violados. Puede comunicarse con el Oficial de Privacidad o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., según se describe en este Aviso. No será penalizado, discriminado, objeto de represalias ni intimidado por presentar una queja.

### **Nuestras Responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud.
- Le notificaremos si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información de salud identificable.
- Debemos seguir las prácticas descritas en este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia de este Aviso en <https://healthcare.ascension.org/npp>.
- No usaremos ni compartiremos su información, incluida su información de la Parte 2, excepto como se describe aquí a menos que usted nos lo autorice por escrito. Si nos lo autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

### **Preguntas o Quejas y Cómo Ejercer Sus Derechos**

Si tiene una pregunta o desea ejercer los derechos descritos en este Aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Ascensión Seton en 1345 Philomena Street, Austin, TX 78723, por teléfono al 877-644-3280, o por correo electrónico a [compliance.texas@ascension.org](mailto:compliance.texas@ascension.org). Algunas solicitudes para ejercer sus derechos deben hacerse por escrito. Para presentar una queja ante

la Oficina de Derechos Civiles, escriba a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 877-696-6775, o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

## **Registros de la Parte 2**

Además de las protecciones de privacidad de las Reglas HIPAA y los derechos provistos como se describe en este Aviso, la confidencialidad de los registros sobre trastornos por uso de sustancias está protegida por otra ley federal conocida como Parte 2. Ciertas ubicaciones de Ascensión operan programas de la Parte 2, y esta sección proporciona a los pacientes de esos programas información adicional sobre las leyes y regulaciones que rigen dichos registros.

Las siguientes protecciones adicionales se aplican al uso y divulgación de su información de la Parte 2 y describen sus derechos:

- Podemos pedirle que firme un solo consentimiento para todos los usos o divulgaciones futuras de su información de la Parte 2 para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Si compartimos registros de la Parte 2 con su consentimiento, la información puede ser compartida nuevamente por el destinatario sin su permiso en la medida en que las Reglas HIPAA lo permitan.
- No usaremos ni compartiremos su información de la Parte 2 para fines de recaudación de fondos a menos que primero le hayamos dado la oportunidad de optar por no recibir comunicaciones de recaudación.
- No usaremos ni compartiremos registros de la Parte 2 para ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que obtengamos su consentimiento por escrito o una orden judicial. Solo podemos compartir de acuerdo con una orden judicial después de que se le haya proporcionado a usted y a nosotros un aviso y una oportunidad de ser escuchados. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación también debe ir acompañada de un citatorio u otro requisito legal que exija la divulgación antes de que los registros sean usados o compartidos.
- La información de la Parte 2 será desidentificada antes de compartirla con fines de salud pública si no obtenemos su permiso.
- Podemos pedir su permiso por escrito para otros usos y divulgaciones de su información de la Parte 2, incluidos, entre otros, compartir información de la Parte 2: con registros centrales o programas de manejo de abstinencia para prevenir múltiples inscripciones; con una persona en el sistema de justicia penal si la participación en un programa de la Parte 2 es un requisito para finalizar un caso penal; con un programa estatal de monitoreo de recetas si así lo exige la ley estatal.
- Usted puede revocar cualquier consentimiento poniéndose en contacto con el programa de la Parte 2 o con el Oficial de Privacidad.
- Usted tiene derecho a discutir este Aviso con el Oficial de Privacidad.
- Puede solicitar una lista (rendición de cuentas) de las veces que hemos compartido su información de la Parte 2 y por qué durante hasta los tres años anteriores a su solicitud. Las divulgaciones realizadas para tratamiento, pago u operaciones de atención médica sólo se incluirán si se realizaron a través de un registro electrónico de salud.

- Puede solicitar una lista de las divulgaciones realizadas por una persona o entidad que recibió la información bajo su consentimiento escrito durante hasta tres años antes de su solicitud, y ellos proporcionarán una lista de las personas con quienes se hayan compartido los registros. Recibirá una respuesta en 30 días o menos.
- Si hemos aceptado su solicitud de restringir el uso o divulgación de su información de la Parte 2 para fines de tratamiento, aun así se nos permite y podemos compartir esa información con otros proveedores de atención médica en una situación de emergencia, pero solicitaremos que el proveedor de atención no vuelva a usar o divulgar la información más allá de lo necesario.