

**University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de  
Louisville]  
UofL Health Care Outpatient Center  
[Centro de Atención de la Salud de  
Paciente Ambulatorio de la  
Universidad de Louisville]  
401 East Chestnut Street  
Louisville, KY 40202**

**AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS  
DE PRIVACIDAD**  
University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de Louisville]  
Acuerdo de Atención de la Salud Organizado

**Fecha de efectividad: 14 de abril de 2003  
Revisado: 1 de diciembre de 2013**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USARSE Y  
DIVULGARSE Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR  
FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

### **NUESTRO COMPROMISO CON USTED**

La información de su salud es algo que los University of Louisville Physicians [Médicos de la Universidad de Louisville] siempre han trabajado para mantenerla de manera privada. También estamos ética y legalmente obligados a mantener la confidencialidad bajo las leyes estatales y federales.

### **¿QUÉ ES ESTE DOCUMENTO?**

Este documento, llamado Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad, le dice a usted cómo podemos usar y compartir su información de la salud. Esto incluye el uso y el intercambio de modo que podamos brindarle la atención de la salud y que se nos pague por ello, y para que podamos operar nuestro negocio y seguir las reglas estatales y federales legales. Estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso y a seguir sus términos.

### **¿QUIÉN SIGUE ESTE AVISO?**

Este Aviso Conjunto describe las prácticas de privacidad de los siguientes grupos o entidades:

- 1) Los consultorios de los University of Louisville Physicians [Médicos de la Universidad de Louisville]
- 2) Los consultorios de la Universidad de Louisville: Children and Youth Project [Proyecto de Niños y Jóvenes] Neonatal Follow-up [Seguimiento Neo-natal], Weisskopf Child Evaluation Center [Centro Weisskopf de Evaluación del Niño] (WCEC), Pediatrics Kosair Charities clinic [Clínica Pediátrica de Kosair Charities], 550 Clinic [Clínica 550], y Campus Health Services [Servicios de la Salud del Campus] (todos los lugares).

Estos grupos o entidades pueden cambiar de tiempo en tiempo. Se le proporcionará por separado un aviso sin no cumplen las prácticas de privacidad de este aviso.

Otros profesionales de atención de la salud en el Centro Médico de la Universidad de Louisville también pueden proporcionarle los servicios de la salud. Usted puede recibir un aviso de prácticas de privacidad de ellos también.

### **FORMAS EN QUE PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE LA SALUD PARA CIERTOS PROPÓSITOS SIN SU PERMISO**

**Tratamiento.** Usaremos y compartiremos su información médica para su atención.

**Ejemplo:** Doctores, dentistas, estudiantes, residentes médicos, u otros trabajadores universitarios pueden leer su expediente para saber si el tratamiento está funcionando. Su información médica también puede compartirse con médicos o dentistas fuera de los University of Louisville Physicians [Médicos de la Universidad de Louisville] para decidir el mejor tratamiento para usted.

**Pago.** Podemos usar y compartir su información médica para que se nos pague por la atención y los servicios que le proporcionamos.

**Ejemplos:** Podemos comunicarnos con su compañía de seguros para verificar la cobertura o los beneficios por cierto procedimiento, o para propósitos de derivación o referencia. Por favor tenga en cuenta que reportamos la información a las compañías de seguro que usted nos proporciona. Las compañías de seguro envían las facturas a la persona que está nombrada en la tarjeta del seguro, que puede o no ser usted.

**University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de  
Louisville]  
UofL Health Care Outpatient Center  
[Centro de Atención de la Salud de  
Paciente Ambulatorio de la  
Universidad de Louisville]  
401 East Chestnut Street  
Louisville, KY 40202**

**AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS  
DE PRIVACIDAD**  
University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de Louisville]  
Acuerdo de Atención de la Salud Organizado

**Fecha de efectividad: 14 de abril de 2003  
Revisado: 1 de diciembre de 2013**

**Operaciones de Atención de la Salud.**

Necesitamos usar y compartir su información médica para operar nuestro negocio. Podemos usar y compartir su información por varias razones relacionadas con nuestras actividades de atención de la salud.

**Ejemplos:** Podemos compartir su información médica en nuestros programas de formación donde los estudiantes, aprendices u otros profesionales de atención de la salud aprenden para mejorar sus habilidades en la atención de la salud. Su información también puede usarse para mejorar la calidad, los programas de seguridad y ver qué tan bien nuestro personal de atención de la salud trabaja.

**Asociados comerciales.** Podemos compartir su información médica con otra compañía u organización, llamada “socio de negocios” que contratamos para proporcionar un servicio a nosotros o en nombre nuestro. Los socios de negocios también deben seguir las reglas de privacidad.

**Ejemplo:** Una compañía que presenta facturas en nuestro nombre a su compañía de seguros.

**Recordatorios de citas.** Podemos comunicarnos con usted para recordarle sobre una cita o cambiar una. También podemos hacerle saber que es tiempo para una cita de seguimiento o un chequeo de rutina.

**Beneficios relacionados con la salud, Servicios y Alternativas de Tratamiento.** Podemos comunicarnos con usted para hacerle saber sobre los beneficios relacionados con la salud o los servicios, o las posibles alternativas de tratamiento que pueden ser de su interés.

**Actividades para recaudar fondos.** Los proveedores de atención de la salud de la Universidad de Louisville confían en la bondad de la comunidad para ayudarnos a brindar atención de

la salud de calidad a la región. *Los pacientes que comparten sus experiencias y sugieren maneras para trabajar con nosotros nos están devolviendo información de una manera significativa.* La información de ellos también nos ayuda a mejorar y ampliar nuestros servicios. Podemos usar información limitada sobre usted, llamada información demográfica, junto con las fechas en que usted recibió la atención, el departamento y/o el médico que le brindó la atención, la información de los resultados, y el estado de su seguro de salud para los esfuerzos para recaudar fondos para apoyar nuestra misión. También podemos compartir esta información con nuestros socios de negocios o fundaciones afines para que puedan comunicarse con usted para su apoyo. Su generosidad nos ayuda a continuar para ser un excelente proveedor de los servicios de atención de la salud en esta región. Usted tiene el derecho de optar para no recibir este tipo de comunicaciones.

**Divulgaciones Requeridas.** El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos puede investigar las violaciones a la privacidad. Si se solicita información sobre su salud como parte de una investigación, *debemos compartir su información con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.* Bajo las mismas leyes, debemos darle a usted acceso a la información en su expediente médico. Las leyes también nos permiten mantener cierta información de usted.

**Requerido por Ley.** Debemos compartir la información médica si la ley federal, estatal o local así lo requiere.

**Salud Pública y Seguridad.** Podemos compartir su información médica por razones de salud pública. Éstas incluyen:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Para informar sobre nacimientos y muertes;
- Para informar sobre el abuso o negligencia del menor;

**University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de  
Louisville]  
UofL Health Care Outpatient Center  
[Centro de Atención de la Salud de  
Paciente Ambulatorio de la  
Universidad de Louisville]  
401 East Chestnut Street  
Louisville, KY 40202**

## **AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de Louisville]  
Acuerdo de Atención de la Salud Organizado

**Fecha de efectividad: 14 de abril de 2003**

**Revisado: 1 de diciembre de 2013**

- Para reportar información a la FDA sobre los productos que supervisa;
- Para hacerle saber a usted que puede haber estado expuesto a una enfermedad o puede correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; o
- A su empleador en ciertos casos limitados.

**Abuso y Negligencia.** La ley nos puede requerir que informemos sobre la sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica a las agencias estatales y federales. Su información puede compartirse con estas agencias por este fin. Generalmente, se le dirá a usted que compartimos esta información con estas agencias.

**Actividades de Supervisión de la Salud.** Ciertas agencias de la salud están a cargo de supervisar los sistemas de atención de la salud y los programas del gobierno o para asegurar que se cumplan las leyes de los derechos civiles. Podemos compartir su información con estas agencias para estos fines.

**Procedimientos legales.** Si un tribunal o una autoridad administrativa nos ordenan hacerlo, podremos divulgar su información de la salud y expedientes. Sólo compartiremos la información requerida por la orden. Si recibimos cualquier otra petición legal, también podemos divulgar su información de la salud. Sin embargo, para tales otras peticiones, sólo divulgaremos la información si se nos dice que usted sabe sobre ello, y que ha tenido la oportunidad de objetar y no lo hizo, o si hemos recibido confirmación de que la parte que pide la información ha acordado en protegerla bajo una orden aprobada por el tribunal o la autoridad administrativa.

**Cumplimiento de la Ley.** Podemos compartir la información de la salud con un oficial de cumplimiento de la ley que la pida:

- Para responder a una orden judicial, una orden, citación u otro proceso similar;

- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida; o
- Para obtener información sobre un víctima real o supuesta de un delito.

Podemos compartir la información con un oficial de cumplimiento de la ley:

- Si creemos que una muerte fue el resultado de un delito;
- Para informar sobre delitos en nuestra propiedad; o
- En una emergencia.

**Médicos forenses, examinadores médicos, y directores de funerarias.** Podemos compartir la información de la salud con un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar la información de la salud a los directores de funerarias si la necesitan para hacer su trabajo.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar la información médica a las organizaciones a cargo de obtener, transportar o trasplantar un órgano, ojo o tejido.

**Investigación.** Podemos compartir su historia médica con los investigadores, sin su permiso, en situaciones muy limitadas. En la mayoría de los casos, un investigador debe presentar su solicitud para ver su información a un grupo especial llamado la Institutional Review Board [Junta de Revisión Institucional] ("IRB", por sus siglas en inglés). La IRB decidirá si le debe permitir al investigador usar o compartir su información. Su información médica también puede usarse o compartirse con investigadores para preparar una investigación, pero sólo bajo condiciones estrictas. Bajo las mismas condiciones estrictas, la información médica de las personas fallecidas puede usarse o compartirse.

**University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de  
Louisville]  
UofL Health Care Outpatient Center  
[Centro de Atención de la Salud de  
Paciente Ambulatorio de la  
Universidad de Louisville]  
401 East Chestnut Street  
Louisville, KY 40202**

## **AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de Louisville]  
Acuerdo de Atención de la Salud Organizado

**Fecha de efectividad: 14 de abril de 2003**

**Revisado: 1 de diciembre de 2013**

**Para prevenir una amenaza seria a la seguridad.** Podemos usar y compartir su información médica para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros.

**Funciones gubernamentales especiales.** Podemos compartir su información médica y expedientes con:

### **Funcionarios federales autorizados**

- Para la inteligencia, contra-inteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley; o
- Para proteger al presidente.

### **Autoridades de comando de las fuerzas armadas o el Departamento de Asuntos de Veteranos**

- Para ver si usted es apto para el servicio militar o elegible para los servicios de salud de veteranos; o
- Para ver si usted está médicamente apto para recibir una autorización de seguridad del Departamento de Estado.

**Instituto correccional u oficial de cumplimiento de la ley o agencia** si usted es un recluso bajo la custodia de un oficial de cumplimiento de la ley o agencia, si es necesario, para:

- Ayudar al instituto correccional a proporcionarle atención de la salud; o
- Proteger su salud y seguridad y/o la de otros.

**Compensación a los trabajadores.** Podemos compartir su información de la salud con agencias o individuos para seguir las leyes de compensación de los trabajadores u otros programas similares.

### **MANERAS EN QUE PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE LA SALUD**

### **CUANDO LE HEMOS DADO LA OPORTUNIDAD PARA OBJETAR**

Usted tiene el derecho a estar de acuerdo o en desacuerdo con los usos siguientes de su información médica. Si usted no está aquí para, o no puede estar de acuerdo o en desacuerdo, aún podemos usar y compartir la información si pensamos que es lo mejor para usted.

**Individuos involucrados en su atención o pago por su atención.** Podemos compartir la información médica sobre usted con los miembros de su familia, amigos, o cualquier otra persona que usted nos diga que está involucrada en su atención médica o que ayuda a pagar la misma.

**Ayuda para desastres.** También podemos compartir la información médica sobre usted con una agencia de ayuda para desastres de manera tal que a su familia se le pueda decir sobre su condición y lugar.

En algunas circunstancias, usted puede tener la oportunidad para objetar que se comparte su información para este fin.

### **OTROS USOS Y EL COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE LA SALUD REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Ciertos usos y el compartir su información de la salud que no están descriptos en este aviso se podrán hacer sólo con su permiso por escrito llamado Autorización. Estos incluyen usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de su información de la salud para fines de mercadeo, y las divulgaciones que constituyen una venta de su información de la salud.

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, pero no será efectiva para los usos o divulgaciones que ya han tenido lugar. Para revocar una autorización, debe escribir a: University of Louisville Physicians Privacy Officer [Funcionario

**University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de  
Louisville]  
UofL Health Care Outpatient Center  
[Centro de Atención de la Salud de  
Paciente Ambulatorio de la  
Universidad de Louisville]  
401 East Chestnut Street  
Louisville, KY 40202**

**AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS  
DE PRIVACIDAD**  
University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de Louisville]  
Acuerdo de Atención de la Salud Organizado

**Fecha de efectividad: 14 de abril de 2003  
Revisado: 1 de diciembre de 2013**

de Privacidad de los Médicos de la Universidad de Louisville] a la dirección listada a continuación.

### **SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN DE LA SALUD**

Usted tiene ciertos derechos relacionados con su información de la salud, descritos a continuación. Estos derechos se aplican a la salud de la información que nosotros guardamos. Debe presentar una solicitud por escrito para usar cualquiera de estos derechos. Puede enviar su solicitud escrita a: University of Louisville Physicians Privacy Officer [Funcionario de Privacidad de los Médicos de la Universidad de Louisville] a la dirección listada a continuación.

**Derecho a solicitar comunicaciones especiales.** Usted tiene el derecho a pedir que le escribamos o llamemos a una dirección o número de teléfono diferente y/o de otra manera. Trataremos de seguir todos los pedidos razonables.

Si desea que usemos una dirección, número de teléfono diferente, o manera diferente de comunicarnos con usted, debe hacer este pedido por escrito. No le preguntaremos por qué quiere que hagamos esto. Su pedido debe decirnos cómo desea que nos comuniquemos con usted.

**Derecho a inspeccionar y copia.** Usted tiene el derecho a leer u obtener una copia de su información de la salud, con algunas excepciones. Podemos rechazar su pedido bajo ciertas circunstancias. Si hacemos eso, usted puede pedir por un profesional de atención de la salud elegido por nosotros para rever por qué lo rechazamos. Acataremos la decisión de la persona que revisa.

**Derecho a solicitar cambios.** Si usted cree que la información de la salud que nosotros creamos es equivocada o incompleta, puede pedirnos que la cambiemos. *Debe proporcionarnos una razón por qué quiere el cambio.* No podemos tomar y destruir cualquier información existente en su expediente médico. Bajo ciertas circunstancias, se nos permite

negarle el pedido de cambio. Si no estamos de acuerdo con el cambio, le proporcionaremos una carta que explica la razón de la negación. Entonces, usted puede escribirnos una carta si está en desacuerdo con nuestra razón para negarle los cambios. Puede enviar esta carta al University of Louisville Physicians Privacy Officer [Funcionario de Privacidad de los Médicos de la Universidad de Louisville] a la dirección listada a continuación. Su carta se adjuntará a la información que usted quiere que se cambie o corrija. También podremos enviarle una carta de respuesta.

**Derecho a una contabilidad de las divulgaciones.** Estamos obligados a seguir con quien compartimos la información de su salud bajo ciertas circunstancias. Usted tiene el derecho a pedir una copia de esta lista. Su pedido debe especificar un período de tiempo, que no debe ser mayor de 6 años.

Si quiere pedir una lista de las divulgaciones, debe hacerlo por escrito. Debe decirnos la(s) fecha(s) que desea ver. La primera lista se le entregará de manera gratuita. Se nos permite cobrar un honorario razonable si pide una lista adicional de las divulgaciones en el mismo período de 12 meses. Su derecho a recibir esta lista está sujeto a ciertas limitaciones y la ley nos permite excluir ciertos tipos de divulgaciones de la lista que proporcionamos.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene el derecho a pedir una restricción o limitación de la información que usamos o compartimos sobre usted. No se requiere que estemos de acuerdo con su pedido, con una excepción. Estamos obligados a aceptar cuando usted nos pida que nos abstengamos de compartir su información con un plan de salud, si la información se refiere a un artículo de atención de la salud o servicio que usted ha pagado de su bolsillo en su totalidad. Para otros pedidos, si elegimos estar de acuerdo, seguiremos su pedido excepto si la información se necesita para proporcionarle tratamiento de emergencia.

**University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de  
Louisville]  
UofL Health Care Outpatient Center  
[Centro de Atención de la Salud de  
Paciente Ambulatorio de la  
Universidad de Louisville]  
401 East Chestnut Street  
Louisville, KY 40202**

**AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS  
DE PRIVACIDAD**  
University of Louisville Physicians  
[Médicos de la Universidad de Louisville]  
Acuerdo de Atención de la Salud Organizado

**Fecha de efectividad: 14 de abril de 2003  
Revisado: 1 de diciembre de 2013**

Usted debe decirnos el tipo de restricción que quiere y a quien se aplica.

**Derecho a recibir notificaciones de incumplimiento.** En muchas instancias, usted tiene el derecho a saber si su información no segura se ha perdido, robado o de otra manera visto por personas que normalmente no tienen derecho a verla.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Tiene el derecho a una copia impresa de este aviso. Las copias de este aviso se publicarán y estarán disponibles en cada lugar donde se proporcionen servicios médicos y en: [www.uoflphysicians.com](http://www.uoflphysicians.com).

### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado efectivo para su información de la salud que ya tenemos como así también a cualquiera que obtengamos en el futuro. Cualquier cambio en este aviso se publicará en nuestra página web a: [www.uoflphysicians.com](http://www.uoflphysicians.com). El aviso revisado también estará disponible en todos los lugares donde los University of Louisville Physicians [Médicos de la Universidad de Louisville] ofrecen servicios.

### **¿QUÉ PASA SI TENGO PREGUNTAS O NECESITO INFORMAR SOBRE UN PROBLEMA?**

Si tiene cualquier pregunta sobre este aviso o sobre cómo usamos o compartimos su información de la salud, por favor comuníquese con el University of Louisville Physicians Privacy Officer [Funcionario de privacidad de los Médicos de la Universidad de Louisville] llamando al: 502-588-4520 ó 855-588-6001.

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros.

Para presentar una queja, por favor comuníquese con el University of Louisville Physicians Privacy Officer [Funcionario de privacidad de los Médicos de la Universidad de Louisville] al 502-588-4520 ó 855-588-6001, o escriba al Privacy Officer [Funcionario de Privacidad] a PO Box 909, Louisville, KY 40201-0909. Por favor proporcione la mayor cantidad de información posible para que la queja pueda investigarse correctamente.

También puede presentar una queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. ***Su atención no se verá afectada si presenta una queja, ni se tomarán represalias contra usted.***