



Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DA INFORMACIÓN ACERCA DE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ESTO DETENIDAMENTE.

Fecha de entrada en vigor: 15 de diciembre de 2021

A. INTRODUCCIÓN AL TEMA DE PRIVACIDAD

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 y la Ley de Tecnología en Información Médica para Salud Económica y Clínica (las cuales se encuentran en el Título XIII de la Ley de Recuperación y Reinversión Estadounidense de 2009) y sus reglamentos (en adelante colectivamente llamadas “HIPAA”), según se modifican de vez en cuando, requieren que mantengamos la privacidad de la información de la salud de los pacientes que puede identificar a la persona. Esta información es “información protegida de salud” y se le conoce como “PHI” (por sus siglas en inglés). La PHI es información acerca de usted que podría identificarle y que se relaciona a su estado de salud físico o mental del pasado, presente, o futuro. Además, debemos cumplir con el requisito de darle a usted un aviso de nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones de acuerdo a la ley, y sus derechos con respecto a la PHI.

Este Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad (este “Aviso”) se aplica a la atención proporcionada en el centro de salud localizado en el 650 N. Nellis Boulevard, Las Vegas, NV 89110 y conocido como el Centro de Salud de la Culinaria (el “Centro”) a través de los proveedores de atención médica y demás proveedores que prestan servicios en el Centro, lo cual incluye a su plan médico. Neighborhood Health Center, LLC, UNITE HERE HEALTH/Culinary Health Fund (su plan médico), y los proveedores independientes de cuidados de la salud en el Centro, entre los cuales se incluye a Keck Medicine of USC, a division of the University of Southern California; Clinical Pathology Laboratories, Inc.; Harmony Healthcare; Dr. H Ohriner, LLC; y Nevada Dental Benefits, Ltd. (cada uno como “Participante”) han acordado participar en un Acuerdo para el Cuidado de la Salud Organizado (“OHCA” por sus siglas en inglés) para poder funcionar como un entorno de cuidados clínicos integrados compuesto de proveedores independientes. En colectivo, nos referiremos a los Participantes y al OHCA como “nosotros” o “nuestro”.

Usted puede pedir una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para pedir copias adicionales de este Aviso, por favor contáctenos usando la información listada a continuación en este Aviso. Este Aviso le brinda a usted información acerca de sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de su PHI. El Aviso también trata sobre los usos y las divulgaciones que haremos de su PHI. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso.

B. USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS DE PHI

Usamos y divulgamos la PHI acerca de usted para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado de la salud.

- 1. Tratamiento:** Podríamos usar y divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de cuidados de la salud para que un Participante pueda darle tratamiento a usted. Esto incluye:
 - Médicos y otros proveedores del cuidado de la salud que necesiten dicha información para atenderle a usted o para continuar un tratamiento.
 - La coordinación de su atención médica con otros proveedores del cuidado de la salud, y con los seguros médicos, consultar con otros proveedores, y referidos a otros proveedores relacionados a su atención médica, como para programar una cita.
 - Recordatorios de citas.
 - Proveerle alternativas de tratamiento, u otros beneficios o servicios relacionados a la salud.
- 2. Pago:** Podríamos usar y divulgar su PHI para obtener pago por los servicios prestados a usted. Los Pagos incluyen:
 - Presentar reclamos a los seguros médicos y a otros aseguradores, determinar su elegibilidad para recibir los beneficios de los seguros para la atención proporcionada a usted, obtener precertificación o autorización previa para su tratamiento o para referirlo a otros proveedores del cuidado de la salud, participar en la evaluación de utilización de los servicios prestados a usted.
 - Podríamos divulgar su PHI a otro proveedor o entidad del cuidado de la salud sujetos a la ley de HIPAA para que puedan obtener pago, tales como agencias de cobro y terceros que estén involucrados en obtener pago por la atención médica.
- 3. Operaciones del Cuidado de la Salud:** Podríamos usar y divulgar su PHI en conexión con las operaciones del cuidado de la salud de un Participante. Las operaciones del cuidado de la salud incluyen:
 - Actividades de evaluación y mejoramiento de calidad, contabilidad, actividades para la salud de la población relacionadas a mejorar la atención médica o reducir costos, educación y seguridad del paciente.
 - Analizar la capacidad o las cualificaciones de los profesionales del cuidado de la salud, actividades para evaluar la acreditación, certificación, licencia o credenciales de los médicos y proveedores.
 - La planeación y el desarrollo del negocio.

- La administración del negocio y actividades administrativas en general, que incluyen actividades de administración relacionadas a la privacidad, atención al cliente, resolución de quejas internas, y la creación de información desidentificada o un conjunto de datos limitados.

C. USO O DIVULGACIÓN PERMITIDOS CON LA OPORTUNIDAD DE QUE USTED ACEPTÉ O SE OPONGA

1. **A su Familia y Amistades:** Podríamos divulgar su PHI a un miembro de su familia, amistad u otra persona que se involucre en proveerle o pagar por su atención médica. Usted tiene derecho a solicitar que su PHI no se comparta con algún o ningún miembro de su familia. Además, podríamos divulgar su PHI a una agencia que este ayudando a los damnificados de un desastre para que su familia sea notificada de su condición, estado y ubicación. Si usted no está presente, o en caso de su incapacidad o en una emergencia, podríamos divulgar su información médica de acuerdo al criterio profesional de un Participante sobre si la divulgación sería lo mejor para usted.
2. **Directorio:** Podríamos mantener información acerca de usted en un directorio mientras esté recibiendo atención de los proveedores del cuidado de la salud en el Centro. Esta información podría incluir su nombre, su ubicación dentro del Centro, su condición general (por ej., buena y estable, crítica, u otra). Usted tiene derecho a optar por no ser incluido en el directorio. Si decide no estar en el directorio, no podemos informarle a las visitas u otras personas acerca de su presencia, ubicación o condición general.

D. USO O DIVULGACIÓN QUE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN

1. **Mercadeo:** Salvo que la ley estatal o federal permita lo contrario, no usaremos ni divulgaremos su PHI con propósitos de mercadeo sin su autorización por escrito. Nos podríamos comunicar con usted en forma de conversaciones cara a cara, documentos escritos, conversaciones telefónicas y mensajes de texto acerca de las alternativas de servicio y tratamiento. Además, podríamos usar su información médica para contactarlo con información sobre beneficios y servicios relacionados a la salud o acerca de alternativas de tratamiento que le podrían interesar. También podríamos divulgarle su información médica a algún socio para que nos ayude con dichas actividades.
2. **Investigación:** Obtendremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de investigación cuando HIPAA lo requiera.
3. **Venta de PHI:** Obtendremos su autorización por escrito para la divulgación de su PHI cuando constituya una venta de PHI, según lo requiere HIPAA.
4. **Otros Usos y Divulgaciones:** A menos que usted nos dé autorización por escrito, no usaremos ni divulgaremos su PHI por ningún motivo excepto aquellos listados en este Aviso. Usted tiene derecho a revocar una autorización en cualquier momento.

E. USO O DIVULGACIÓN PERMITIDOS O REQUERIDOS POR ORDEN PÚBLICO O POR LEY SIN SU AUTORIZACIÓN

1. **Requerido por Ley:** Podríamos usar o divulgar su PHI sin autorización tal como lo requiere la ley, lo cual incluye los programas de indemnización al trabajador o programas similares.

2. **Propósitos de Seguridad Pública:** Podríamos divulgar su PHI para propósitos de seguridad pública, tal como lo requiere la ley (lo cual incluye decretos, órdenes y citatorios judiciales); para identificar a un presunto delincuente, a un testigo importante o a persona desaparecida; por solicitudes de información acerca de víctimas de delitos o de conducta presuntamente delictiva y de pruebas de delitos en las instalaciones.
3. **Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Familiar:** Podríamos divulgar a las autoridades competentes la PHI referente a las víctimas de abuso, negligencia, o violencia familiar.
4. **Beneficio Público y Supervisión de la Salud:** Podríamos usar o divulgar su PHI para evitar una grave amenaza contra la salud y seguridad de una persona o del público, como divulgarles a investigadores estatales la PHI referente a la calidad de la atención médica o a agencias de salud pública referente a enfermedades contagiosas.
5. **Funciones Especiales del Gobierno:** Podríamos divulgar su PHI referente a las funciones del gobierno tales como actividades militares, de seguridad o inteligencia nacional.
6. **Inmunizaciones:** Podríamos divulgarle pruebas de inmunización a una escuela donde el estado u otra ley similar lo requiera antes de aceptar a un estudiante.

F. SUS DERECHOS

1. **Acceso por Derecho Individual:** Usted tiene derecho a repasar o recibir una copia de su PHI, con excepciones limitadas. Debe solicitarlo con nosotros por escrito usando un formulario que se ofrece en el Centro. Puede pedir que le brindemos copias en un formato que no sea fotocopias, lo cual incluye un formato electrónico cuando usamos expedientes de salud electrónicos. Usaremos el formato que usted solicite al menos que no sea viable hacerlo. Podría existir un cobro por dicha copia de acuerdo a ley federal o estatal. Si le negamos su solicitud de su PHI, le notificaremos del motivo de la denegación por escrito. Por ejemplo, no tiene derecho a obtener notas de psicoterapia o a inspeccionar información bajo ciertas leyes estatales.
2. **Explicación de Divulgaciones:** Tiene derecho a recibir una rendición de cuentas de todas las divulgaciones de su PHI que no fueron autorizadas por usted, excepto que no tiene derecho a las divulgaciones hechas:
 - Para tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud.
 - A usted o a su representante personal.
 - A personas involucradas en la atención que usted recibe o su pago, lo cual incluye el directorio y ayuda en casos de desastre.
 - Conforme a una autorización.
 - Como parte de un conjunto de datos limitados.
 - Para propósitos de seguridad o inteligencia nacional.

- A instituciones correccionales o a agentes del orden público.
- En relación al uso o divulgación que de lo contrario es permitida.

Debe pedirnos esta rendición de cuentas por escrito usando un formulario que se ofrece en el Centro. Puede pedir que rindamos cuenta de las divulgaciones por un periodo de 6 años comenzando desde la fecha de la divulgación. En cualquier periodo de 12 meses, le proveeremos una rendición de cuentas de las divulgaciones de su PHI sin cobro alguno. Cualquier petición adicional podría estar sujeta a una cuota razonable para preparar el informe.

- 3. Restricciones:** Tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones en nuestro uso o divulgación de su PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones del cuidado de la salud o a prohibir dicha divulgación. No tenemos la obligación de aceptar estas restricciones; sin embargo, accederemos a su solicitud de no divulgar su PHI a algún seguro médico relacionada a algún artículo o servicio si la divulgación se debe hacer para propósitos del pago o las operaciones del cuidado de la salud y usted ya pagó por dicho artículo o servicio en su totalidad. Si accedemos a su solicitud de restricción, respetaremos nuestro acuerdo (excepto para darle tratamiento en una emergencia médica). Debe solicitar esto por escrito usando un formulario que se ofrece en el Centro.
- 4. Comunicaciones Confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Debe solicitarlo por escrito usando un formulario que se ofrece en el Centro. Debemos admitir su solicitud si: es razonable; especifica el medio o lugar alternativo; y proporciona una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos usando el medio o lugar alternativo que solicita. Por ejemplo, podría solicitar que únicamente lo contactemos en el trabajo o por correo postal.
- 5. Modificación:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI. Debe solicitarlo por escrito usando un formulario que se ofrece en el Centro, y debe explicar por qué la información se debería modificar. Podríamos negar su solicitud por ciertos motivos incluso si nosotros fuimos los que creamos la PHI que desea modificar y el creador sigue estando disponible. Si denegamos su solicitud, le proveeremos una explicación de ello por escrito. Usted puede responder con una declaración o desacuerdo para adjuntarse a la PHI que desea modificar. Si accedemos a su solicitud de modificar la PHI, haremos lo posible por informarle a otros (incluso a las personas que usted nombre) de la modificación e incluir los cambios en cualquier futura divulgación de dicha PHI. No es necesaria una modificación para corregir un error administrativo.
- 6. Derecho a Recibir una Copia de Este Aviso:** Si usted ve este aviso en el sitio web del Centro o en un correo electrónico (e-mail) y le gustaría obtener una copia impresa de este Aviso, por favor comuníquese con nuestro Funcionario de Privacidad según se indica a continuación para obtener dicha copia impresa.

G. NOTIFICACIÓN DE FILTRACIÓN DE DATOS

Si hay una filtración de datos que involucre su PHI no resguardada, le notificaremos a usted, a funcionarios del gobierno y las autoridades del orden público, según sea necesario y adecuado conforme a HIPAA, y tomaremos medidas para abordar el problema y mitigar cualquier daño que la filtración de datos pudiera causar.

H. EL COMPARTIR Y USO CONJUNTO DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Mientras le proporcionamos atención médica a usted, podríamos compartir su PHI con las organizaciones descritas a continuación que han aceptado respetar los términos descritos a continuación.

- 1. Proveedores del Cuidado de la Salud en el Centro:** Los proveedores del cuidado de la salud tales como médicos, dentistas, laboratorio y otros que participan en la atención que usted recibe en el Centro los cuales son Participantes, según lo autoriza HIPAA.
- 2. Neighborhood Health Center, LLC, UNITE HERE HEALTH/Culinary Health Fund y Health Care Providers:** Hemos aceptado cumplir con los términos de este Aviso con respecto a la PHI que fue creada o recibida como parte de, entre otras cosas, actividades de análisis de utilización y análisis de seguridad del paciente y evaluaciones de calidad entre los centros de salud que pertenecen a UNITE HERE HEALTH/Culinary Health Fund y ciertos proveedores del cuidado de la salud.
- 3. Socios Comerciales:** Podríamos celebrar contratos con terceros (nuestros socios) en el curso de nuestras operaciones empresariales. Podríamos divulgarle su PHI a socios comerciales que pudieran tener acceso o recibir su PHI para poder brindarle los servicios contratados. Esto incluye, entre otras cosas, al sindicato local para realizar servicios de ayuda comunitaria y a Nevada Health Solutions, LLC (su compañía de gestión de utilización). Nosotros les exigimos a nuestros socios comerciales que firmen un acuerdo de socios comerciales y acepten resguardar la privacidad y seguridad de su PHI como lo requiere HIPAA.

I. CAMBIOS A ESTE AVISO

Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras el mismo esté en efecto. Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios se permitan por ley. Reservamos el derecho a realizar los cambios a nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso se aplicarán a toda la PHI que mantenemos, lo cual incluye la PHI que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Si le hacemos un cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este Aviso y el nuevo aviso a estará disponible al solicitarlo.

J. QUEJAS

Usted se puede quejar con nosotros o con el secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificándole a nuestro Funcionario de Privacidad de su queja y completando un formulario proporcionado en el Centro. No tomaremos ninguna represalia contra usted por presentar una queja.

K. PARTICIPANTES INDEPENDIENTES

Cada Participante del OHCA funge independiente de los demás Participantes y, hasta el grado permitido por ley, ni la participación en el OHCA, ni las actividades del OHCA, incluso la emisión de este Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad y los usos y la divulgación de PHI de acuerdo a HIPAA descritos en el mismo, se interpretarán como la creación de una relación de representación, asociación, empresa conjunta o empleo entre los Participantes. Cada Participante es responsable de sus propios servicios, conducta, actos u omisiones y ni el OHCA o ningún otro Participante tienen el derecho de controlar o

dirigir, y no deberá en efecto controlar ni ser responsable por los servicios, la conducta, los actos u omisiones de un Participante.

L. PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta, inquietud o desea obtener información adicional referente a este Aviso, temas cubiertos en el Aviso o busca información adicional sobre nuestras políticas y procedimientos, por favor comuníquese con nuestro Funcionario de Privacidad en persona o en el Centro, localizado en el 650 N. Nellis Boulevard, Las Vegas, NV 89110, o por teléfono al (702) 790-8000, o por correo electrónico a HIPAA@culinaryhc.com.

Por favor firme el siguiente formulario de “Acuse de recibo”. Tenga presente que al firmar el acuse de recibo únicamente está aceptando que usted ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad.

Acuse de Recibo

Al firmar y poner fecha a continuación, acepto que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud de la Culinaria.

Firma

Nombre en Letra de Molde

Parentesco con el Paciente

Fecha