

**Florida Hospital del Norte Pinellas  
(Florida Hospital North Pinellas *en inglés*)**

**NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE  
RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD (HIPAA,  
por sus siglas en inglés)**

*Vigente a partir de: 23 de septiembre 2013; Rev. 12/16*

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE  
USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE  
ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR LÉALA DETENIDAMENTE.**

Florida Hospital North Pinellas es una entidad afiliada con Servicios Adventistas de Salud (AHS, por sus siglas en inglés). Excepto por las particularidades incluidas en esta Notificación para cada entidad AHS y leyes estatales específicas, generalmente todas las entidades AHS utilizan esta misma Notificación. Esta Notificación aplica a todos los registros de salud que lo identifican a usted y a la atención que reciba en las instituciones de AHS.

<http://www.adventisthealthsystem.com/AboutUs/WebsitePrivacyPolicy/FictitiousEntities.aspx>

Si usted es menor de 18 años de edad, sus padres o tutor deben firmar y manejar sus derechos de privacidad por usted.

Si tiene preguntas sobre esta notificación, sírvase contactar a Florida Hospital North Pinellas' Oficial de Privacidad, Scott Garrett a 813-803-4022 o [scott.garrett@ahss.org](mailto:scott.garrett@ahss.org)

***Sección A: Quién Debe Cumplir Con Esta Notificación?***

Esta notificación describe las prácticas de Florida Hospital North Pinellas y de:

- Cualquier profesional de la salud autorizado a incluir información en su historia clínica.
- Todos los departamentos y unidades de Florida Hospital North Pinellas incluso Florida Hospital Palm Harbor ER a Service of Florida Hospital North Pinellas.
- Cualquier miembro de un grupo voluntario autorizado por nosotros a ayudarlo a usted mientras se encuentre en Florida Hospital Tampa, Florida Hospital North Pinellas
- Todos los empleados, personal administrativo y demás trabajadores Florida Hospital North Pinellas
- Florida Hospital North Pinellas Physician Group, Florida Hospital North Pinellas Wound and Hyperbaric Medicine Center, Florida Hospital North Pinellas Sleep Centers.

Todas estas entidades, sitios y lugares se rigen por los términos y condiciones de esta notificación. Además, estas entidades, sitios y lugares pueden intercambiar entre sí información médica para tratamientos, pagos o servicios hospitalarios conforme se describe en esta notificación. Es posible que esta lista no refleje las adquisiciones o ventas recientes de entidades, sitios o lugares.

### ***Sección B: Nuestro Compromiso con Relación a la Información Médica***

Comprendemos que la información médica concerniente a usted y su salud es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de los cuidados y servicios que usted recibe en el hospital. Este registro es necesario para poder proporcionarle una atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. La presente notificación aplica a todos los registros sobre su atención médica generados o mantenidos por Florida Hospital North Pinellas, sean estos preparados por personal de Florida Hospital North Pinellas o por su médico de cabecera. Su médico de cabecera puede tener políticas o notificaciones diferentes respecto al uso y la divulgación de la información médica acerca de usted creada en el consultorio o clínica de dicho doctor.

Esta notificación le indica las formas en las cuales podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de información médica.

La ley nos obliga a:

- ♦ Hacer nuestro mejor esfuerzo por mantener privada la información médica que lo identifique;
- ♦ Facilitarle esta notificación respecto a nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con relación a su información médica; y
- ♦ Cumplir con los términos y condiciones de la notificación vigente.

### ***Sección C: Como Podemos Usar y Revelar Información Médica Sobre Usted***

Podemos compartir su información médica en cualquier formato que determinemos apropiado para coordinar eficientemente todo lo relacionado al tratamiento, pago y servicios médicos de su atención. Por ejemplo, podemos compartir su información de forma oral, por fax, en papel o a través de intercambio electrónico.

También solicitamos su consentimiento para compartir su información médica en el Acuerdo de Admisión que usted firma antes de recibir nuestros servicios. Este consentimiento es requerido por ley estatal para cierto tipo de divulgaciones y asegura que podamos compartir su información médica para todas las razones descritas abajo. Por favor vea el [Anexo A](#) para un listado de las principales leyes estatales que requieren este consentimiento. Si usted no desea otorgar su consentimiento a estas divulgaciones, por favor contacte al Funcionario de Privacidad (*Privacy Officer*) para determinar si podemos aceptar su solicitud.

Las siguientes categorías describen diferentes formas en las cuales usamos y divulgamos información médica. Explicaremos el significado de cada categoría de uso y divulgación de la información, y trataremos de proporcionar ejemplos. No se mencionan todas las formas de uso

o divulgación en cada categoría. Sin embargo, todas las formas permitidas de uso y divulgación de la información estarán incluidas en alguna de las categorías.

- **Tratamiento.** Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios de salud. Esta información puede entregarse a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina o cualquier otro personal de Florida Hospital North Pinellas involucrado en su atención en el hospital. Por ejemplo, el doctor que lo trata por una fractura de pierna puede necesitar saber si usted padece de diabetes, ya que esta enfermedad puede retardar el proceso de curación. Además, es posible que el doctor tenga necesidad de comunicarle al dietista que usted padece de diabetes para que podamos proporcionarle una dieta adecuada. Otros departamentos de Florida Hospital North Pinellas pueden compartir información médica sobre usted con el objetivo de coordinar los servicios que usted necesita, tales como recetas médicas, exámenes de laboratorio y radiografías. También podemos divulgar su información médica a personas no pertenecientes a Florida Hospital North Pinellas que pueden estar relacionadas con sus cuidados de salud, tales como familiares, amigos, personal religioso u otros a cargo de proporcionarle los servicios que forman parte de su atención.
- **Pagos.** Podemos usar y divulgar su información médica de manera que el tratamiento y los servicios que usted reciba en Florida Hospital North Pinellas puedan ser facturados y así usted, la compañía de seguros o una tercera persona puedan realizar el pago de los mismos. Por ejemplo, puede que necesitemos proporcionar información a su seguro de salud si usted es sometido a una operación quirúrgica en Florida Hospital North Pinellas para que éste pague la cuenta o le reembolse a usted por la operación. También podemos informar a su seguro de salud acerca de un tratamiento que usted va a recibir, para obtener aprobación previa o determinar si su seguro cubrirá el costo de dicho tratamiento.
- **Servicios Médicos.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para los servicios de Florida Hospital North Pinellas. Esto es necesario para el funcionamiento de Florida Hospital North Pinellas y para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban un tratamiento de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información médica para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal encargado de su cuidado. Podemos usar y divulgar su información, según se requiera, para llevar a cabo o convenir servicios legales, auditorías, u otras funciones. Podemos divulgar su información médica a nuestros asociados comerciales que nos ayudan con funciones administrativas y de otra índole. Estos asociados comerciales pueden incluir consultores, abogados, contadores, y otros terceros que nos proveen servicios. Los asociados comerciales pueden, a su vez, divulgar su información médica según sea necesario, para nuestras funciones de servicios de atención médica o para sus propias funciones administrativas permitidas, tal como cumplir con sus responsabilidades legales. Asimismo, podemos combinar información médica de varios pacientes para decidir que servicios adicionales Florida Hospital North Pinellas debe ofrecer, que servicios no son necesarios y decidir sobre la eficacia de ciertos nuevos tratamientos. Podemos también divulgar información a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y demás personal de Florida Hospital North Pinellas para fines de estudio y aprendizaje. La información médica a nuestra disposición puede combinarse con información proveniente de otras entidades para comparar nuestro desempeño y determinar si podemos mejorar los cuidados y servicios que ofrecemos. La información específica que lo identifica a usted puede eliminarse de esta información médica de manera que otros puedan utilizarla para estudiar los cuidados de la salud y la entrega de dichos cuidados sin conocer la identidad de los pacientes. Una vez removida la información que lo identifica a usted, podemos usar la

información para otros propósitos. Podemos también divulgar su información, para ciertos propósitos de servicios de salud, a otras entidades que deben cumplir con HIPAA si la entidad ha tenido alguna relación con usted. Por ejemplo, otro proveedor de servicios de salud que lo atendió o un seguro médico que le proporcionó cobertura pueden querer su información médica para evaluar la calidad del servicio que usted recibió de ellos.

- **Recordatorios para Citas.** Podemos usar y divulgar información médica para contactarlo y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en Florida Hospital North Pinellas.
- **Alternativas de Tratamientos.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle opciones o alternativas de tratamientos que puedan ser de su interés.
- **Servicios y Beneficios Relacionados con la Salud.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- **Actividades para Recaudación de Fondos.** Podemos usar información sobre usted para contactarlo con el propósito de recaudar fondos para Florida Hospital North Pinellas y sus servicios. Esta información puede ser divulgada a fundaciones relacionadas con Florida Hospital North Pinellas de manera que la fundación pueda contactarlo a usted para recaudar fondos para Florida Hospital North Pinellas. Sólo compartiremos información de contacto, como su nombre, dirección, número de teléfono, sexo, edad, estado de seguro médico, las fechas en que recibió tratamiento o servicios en Florida Hospital North Pinellas, el departamento y médico que lo atendieron e información sobre el resultado de su tratamiento. Si usted no desea que Florida Hospital North Pinellas se comunique con usted con el objetivo de recaudar fondos, deberá notificarnos por escrito.
- **Directorio de Pacientes.** Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio de pacientes de Florida Hospital North Pinellas mientras usted sea un paciente de Florida Hospital North Pinellas. Esta información puede incluir su nombre, ubicación dentro de Florida Hospital North Pinellas, su condición general (por ejemplo: regular, estable, etc.) y sus creencias religiosas. Esta información, con excepción de sus creencias religiosas, puede ser divulgada a las personas que pregunten directamente por usted. La religión que usted practica puede ser revelada a algún miembro de una organización religiosa, por ejemplo un sacerdote o un rabino, incluso si no preguntan por usted directamente. Esto se hace con el objetivo de que su familia, amigos y consejeros espirituales puedan visitarlo en Florida Hospital North Pinellas y saber de manera general como se encuentra.
- **Personas Involucradas en su Tratamiento o en el Pago de su Tratamiento.** Podemos divulgar información médica sobre usted a los amigos o familiares que estén involucrados en su tratamiento. Asimismo, podemos divulgar información a aquellas personas que le ayudan a pagar por su tratamiento. Podemos informar a su familia o amigos sobre su estado y su ingreso a Florida Hospital North Pinellas. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a aquellas entidades que cooperan en caso de catástrofe de manera que su familia pueda conocer su estado, condición y ubicación.
- **Investigación.** En ciertos casos, podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para propósitos de investigación científica. Por ejemplo, una investigación podría

incluir la comparación de la salud y recuperación de pacientes que sufren la misma enfermedad y que han sido tratados con medicamentos diferentes. Sin embargo, todas las investigaciones que involucran a personas están sujetas a un proceso de aprobación especial, donde se evalúa determinado proyecto de investigación y el uso que tendrá la información médica en el mismo, para tratar de equilibrar las necesidades del proyecto y la privacidad del paciente. Antes de usar o revelar información médica para la investigación, a menos que la mayoría o todas las formas de identificar al paciente se hayan removido, el proyecto deberá haber sido aprobado a través de este proceso. No obstante, podemos divulgar información médica sobre usted a aquellas personas que se preparan para realizar un trabajo de investigación determinado, como, por ejemplo, ayudarlas a ubicar pacientes que tienen necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica no se utilice fuera del hospital. Si la ley lo requiere, le solicitaremos autorización a usted si el investigador tuviere acceso a información que revele su nombre, dirección u otros datos que puedan divulgar su identidad, o si estuviere involucrado en su tratamiento en Florida Hospital North Pinellas.

- **Conforme lo Exige la Ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.
- **Para Impedir Una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad.** Podemos utilizar y revelar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público en general o de otra persona. Sin embargo, la información sería divulgada solamente a aquellas personas capaces de prevenir la amenaza.

#### ***Sección D: Situaciones Especiales***

- **Donación de Órganos y Tejidos.** Podemos divulgar información médica a aquellas organizaciones que manejen el proceso de obtención o trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a bancos de donación de órganos, en la medida que sea necesaria para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- **Militares y Veteranos (Excombatientes).** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información médica sobre usted si así lo exigen las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera pertinente que la solicite. Podemos también divulgar información a las entidades que determinan la elegibilidad a ciertos beneficios otorgados a los veteranos.
- **Compensación de Trabajadores por Accidentes en el Trabajo.** Podemos divulgar información médica sobre usted para programas de compensación salarial u otros similares, ya que estos programas proporcionan beneficios en caso de sufrir accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos para la Salud Pública.** Podemos divulgar información médica sobre usted como parte de las actividades relacionadas con la salud pública, que generalmente incluyen:
  - ◆ Prevención y control de enfermedades, lesiones o incapacidades;
  - ◆ Información sobre nacimientos y muertes;
  - ◆ Información sobre abuso o abandono infantil;

- ◆ Información sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
  - ◆ Notificación acerca de productos que se retiran del mercado;
  - ◆ Notificación a las personas que pueden haber estado expuestas a enfermedades o que corren el riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o condición;
  - ◆ Notificación a las autoridades gubernamentales pertinentes si se considera que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. En este caso, la información será divulgada solamente si usted está de acuerdo, o si así lo solicitan o autorizan las leyes.
- **Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de permisos. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes sobre los derechos civiles.
- **Controversias y Demandas Judiciales.** Podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información sobre usted en respuesta a una citación judicial, solicitud de producción de pruebas u otros procesos legales realizados por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos por comunicarle a usted sobre la solicitud o por obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **Cumplimiento de la Ley.** Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario encargado del cumplimiento de la ley:
- ◆ En respuesta a una orden judicial, citación, orden de allanamiento, o proceso similar;
  - ◆ Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
  - ◆ Información acerca de la víctima de un delito si, bajo circunstancias específicas, no somos capaces de obtener la autorización de la persona;
  - ◆ Información acerca de una muerte que consideramos puede haber sido provocada por una conducta criminal;
  - ◆ Información acerca de conductas delictivas en Florida Hospital North Pinellas; y
  - ◆ En caso de emergencia, para reportar un delito; la ubicación del lugar del delito o de sus víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- **Investigadores Forenses, Médicos Legistas y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar información médica sobre usted a investigadores forenses o médicos legistas. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de su muerte. Así mismo, podemos revelar información médica sobre los pacientes de Florida Hospital North Pinellas a los encargados de las funerarias conforme sea necesario para facilitar el desempeño de sus funciones.
- **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia.** Podemos revelar información médica sobre usted a los funcionarios federales autorizados para realizar actividades de inteligencia, contraespionaje y otras actividades de seguridad autorizadas por la ley.

- **Servicios de Protección del Presidente y Otros.** Podemos revelar información médica sobre usted a los funcionarios federales autorizados a fin de que proporcionen la debida protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, o para conducir investigaciones especiales.
- **Presos.** Si usted es un interno en una cárcel o se encuentra en una institución correccional o bajo la custodia de un representante de la ley, podemos divulgar información médica sobre usted a dicha institución o representante de la ley. Esta divulgación será necesaria para: (1) que la institución le administre cuidados médicos; (2) proteger su salud y su seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

### ***Sección E: Sus Derechos con Respecto a la Información Médica sobre Usted***

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

- **Derecho a Revisar y Copiar su Información.** Usted tiene derecho a revisar y copiar la mayor parte de la información médica que se utiliza a la hora de tomar decisiones acerca de su salud. Generalmente, esta información incluye los registros médicos y de facturación, pero no la información psicoterapéutica. Cuando su información médica está contenida en un registro médico electrónico, conforme el término se encuentra definido en las leyes y reglas federales, usted tiene derecho a obtener una copia de dicha información en formato electrónico y puede solicitar que transmitamos dicha copia directamente a una entidad o persona designada por usted, siempre y cuando dicha solicitud sea realizada por escrito y claramente identifique a la persona a la que debemos enviarle su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Si usted solicita una copia de su información, podemos cobrarle un cargo por los costos de gestión, copiado, envío y otros materiales asociados con la preparación de su solicitud.

En ciertas ocasiones podemos negar su solicitud para revisar y copiar su información médica. En este caso, y bajo determinadas circunstancias, usted puede solicitar una revisión de esta negativa. El hospital designará a otro profesional de la salud con licencia para que revise su solicitud y la negativa recibida. La persona que llevará a cabo la revisión no será la misma persona que negó su solicitud. Nosotros acataremos el resultado de esta revisión.

- **Derecho a Correcciones.** Si usted considera que la información médica que poseemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar la corrección de dicha información. Usted tiene el derecho de solicitar que se hagan correcciones a la información médica sobre usted durante todo el tiempo que el hospital posea esta información. Adicionalmente, usted deberá incluir las razones que sustentan su solicitud.

Las solicitudes que no se hagan por escrito o que no ofrezcan una razón que justifique su petición, podrán ser negadas. Asimismo, su solicitud podrá ser negada si la información que desea corregir:

- ◆ No fue elaborada por nosotros, a menos que la persona o la institución que originó la información haya desaparecido y, por lo tanto, no esté disponible para hacer la corrección;

- ♦ No forma parte de la información médica que se mantiene en los registros del hospital;
- ♦ No forma parte de la información que usted está autorizado a revisar y copiar; o
- ♦ Es exacta y está completa.

- **Derecho a Recibir un Informe sobre la Divulgación de su Información.** Usted tiene derecho a solicitar un “informe sobre divulgaciones”, esto es, una lista de cierta información médica que hemos revelado sobre usted. El informe excluirá ciertas divulgaciones según lo establecido en las leyes y reglas aplicables, tales como aquellas divulgaciones hechas directamente a usted, divulgaciones autorizadas por usted, divulgaciones a amigos o familiares que participen en su atención, divulgaciones con fines de notificación y otro tipo de divulgaciones hechas a instituciones correctivas o agencias de cumplimiento de la ley. Su solicitud debe indicar un período, no mayor a seis años, acerca del cual será emitido el informe. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o archivo electrónico). Su primera solicitud hecha dentro de un período de 12 meses será gratuita. Si solicita listas adicionales, le cobraremos un cargo para cubrir los costos que implica proporcionarle la lista. Le notificaremos los costos en cuestión y en ese momento usted puede optar por retirar o modificar su solicitud, antes de incurrir en costo alguno.
- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar la restricción o limitación de la información médica sobre usted que usamos o divulgamos para tratamientos, pagos o servicios médicos. Asimismo, usted tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que divulgamos sobre usted a personas involucradas en su atención médica o el pago de su atención médica, tales como familiares y amigos. Por ejemplo, usted puede solicitar que no se use o divulgue información acerca de una operación quirúrgica a la que usted fue sometido.

Su solicitud deberá especificar (1) la información que desea limitar; (2) si desea limitar su uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea limitar el acceso a la información, por ejemplo, a su cónyuge.

***No tenemos la obligación de aceptar su solicitud,*** excepto en circunstancias específicas en las que usted haya pagado directamente y en su totalidad por servicios médicos, al momento en que se prestó el servicio, y haya solicitado que no divulguemos su información médica a un seguro de salud. En la medida de lo posible, restringiremos la divulgación de la información a su seguro médico. No será posible restringir la divulgación de su información médica a un seguro de salud si ésta no se relaciona únicamente al servicio o artículo de salud por el cual usted ha realizado el pago total. Por ejemplo, si usted se somete a una histerectomía que va a ser pagada por su seguro médico y usted solicita que en la misma operación se le realice una abdominoplastía por la cual usted va a pagar en efectivo, para prevenir una divulgación a su seguro médico usted tendrá que pagar en efectivo por la operación completa o someterse a dos operaciones distintas en días diferentes. Es necesario que tenga en cuenta que, usted deberá solicitar una nueva restricción y pagar por todos los tratamientos de seguimiento y derivaciones a otros médicos relacionados con el servicio médico inicial para el cual se solicitó la restricción, para asegurarse de que nada en su información médica sea revelado a su seguro de salud. Usted, un familiar o cualquier otra persona pueden pagar en efectivo o tarjeta de crédito, o usted puede utilizar dinero existente en su cuenta de gastos flexible o su cuenta de ahorros para gastos médicos. Debe tener presente que para obtener el pago por parte de su cuenta



de gastos flexible o su cuenta de ahorros para gastos médicos su información médica deberá ser divulgada.

En caso de aceptar su solicitud, cumpliremos con su pedido a menos que la divulgación sea requerida o permitida por ley. Por ejemplo, podemos revelar su información restringida en caso de que sea necesario para proporcionarle tratamiento de emergencia.

- **Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial.** Usted tiene derecho a solicitar que las comunicaciones que tengamos que hacerle acerca de asuntos médicos, se hagan de cierta manera, o sean dirigidas a cierto lugar. Por ejemplo, que nos comuniquemos solamente a su trabajo o por correo. No es necesario que indique las razones para formular su solicitud. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Su solicitud deberá indicar cómo o dónde desea ser contactado.
- **Derecho a Notificación sobre Violación.** Usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito sobre violación si su información médica sin asegurar es accedida, utilizada, adquirida o divulgada a una persona no autorizada como resultado de dicha violación, y si la violación compromete la seguridad o privacidad de su información médica. A menos que usted especifique por escrito que desea recibir la notificación por correo electrónico, le enviaremos dicha notificación por correo de primera clase o, si fuera necesario, por otras formas de comunicación alternativas permitidas por la ley.
- **Derecho a Solicitar una Copia Impresa de Esta Notificación.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación y puede solicitar que se la entreguemos en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir esta notificación en forma electrónica, tiene derecho a recibir una copia en papel. Puede obtener una copia de esta notificación en nuestra página web, [www.fhnorthpinellas.org](http://www.fhnorthpinellas.org).
- **Derecho a Declinar Participar en el Intercambio de Información de Salud.** AHS ha conectado electrónicamente la información médica que cada institución de AHS tiene en su historia clínica a través de una serie de interfaces, llamada iNetwork. iNetwork contiene un resumen de su información médica más importante que incluye, al menos, información relativa a datos demográficos, seguro de salud, lista de problemas, lista de medicamentos, informes radiológicos e informes de laboratorio. Tener su información médica disponible a través de iNetwork promueve la eficiencia y calidad de la atención. Puede optar por no permitir que su información médica se comparta a través de iNetwork. No es una condición para recibir atención. Si no desea que su información médica se comparta a través de iNetwork, póngase en contacto con el Funcionario de Privacidad a través del número de teléfono que figura abajo. Una vez que hayamos procesado su solicitud, sus proveedores de atención médica no podrán ver su información médica en iNetwork. Esto significa que a sus proveedores de atención médica podría tomarles más tiempo obtener la información médica necesaria para tratarlo.

AHS y sus instituciones afiliadas también pueden optar por compartir la información médica electrónicamente con otros proveedores de servicios de salud ubicados cerca del estado o en el mismo estado que una institución afiliada de AHS, a través de intercambios de información médica regionales o estatales. Puede optar por no permitir que su información médica se comparta a través de intercambios de información médica regionales o estatales, negándose a firmar un formulario de autorización o poniéndose en contacto con el Funcionario de Privacidad a través del número que figura abajo, dependiendo del proceso de consentimiento del intercambio de información de salud

médica regional o estatal. Esto significa que a sus proveedores de atención médica podría tomarles más tiempo obtener la información necesaria para tratarlo. No obstante, incluso si no desea participar en un intercambio de información médica estatal, algunos requisitos de información según leyes estatales, como el registro de vacunas, seguirán siendo completados a través del intercambio de información médica, y algunos estados todavía permiten que los proveedores de atención médica accedan a su información médica a través de un intercambio de información médica regional o estatal si fuera necesario para tratarlo en una emergencia.

Para hacer uso del derecho antes mencionado, sírvase contactar a la siguiente persona para obtener una copia del formulario necesario para completar su solicitud:

Scott Garrett, Privacy Officer  
Florida Hospital North Pinellas  
1395 S. Pinellas Ave., Tarpon Springs, FL 34689  
(813) 803-4022

#### ***Sección F: Cambios a Esta Notificación***

Nos reservamos el derecho a modificar esta notificación. También nos reservamos el derecho de que la notificación revisada o corregida se considere la notificación vigente respecto de la información médica que está a nuestra disposición en estos momentos, así como sobre cualquier información que recibamos en el futuro. Se colocará una copia de esta notificación en Florida Hospital North Pinellas, así como en nuestra página web. La fecha de vigencia de la notificación se puede localizar en la primera página, en la esquina superior derecha. Además, cada vez que usted se registre o ingrese al hospital para someterse a tratamiento o cuidados médicos, ya sea en calidad de paciente interno o externo, tendremos a su disposición una copia de la notificación que se encuentre vigente.

#### ***Sección G: Reclamos***

Si usted cree que se han violados sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en el hospital o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una reclamación en Florida Hospital North Pinellas, sírvase contactar a Scott Garrett, Oficial de Privacidad del Florida Hospital North Pinellas, 1395 S. Pinellas Ave, Tarpon Springs, FL 33613, o llame al 813-803-4022. Todas las reclamaciones deben ser presentadas por escrito.

**No se tomarán represalias por la presentación de reclamaciones.**

#### ***Sección H: Otros Usos de la Información Médica que Requieren su Autorización***

Los siguientes tipos de usos y divulgaciones de información médica se realizarán únicamente con su autorización escrita.

- **Notas Psicoterapéuticas.** Las Notas de Psicoterapia son notas que su psiquiatra o psicólogo mantiene en forma separada y aparte de su registro médico. La divulgación de estas notas requiere su autorización por escrito a menos que la divulgación sea requerida o permitida por ley, la divulgación sea utilizada para la defensa del psiquiatra o psicólogo en

una demanda judicial iniciada por usted, o la divulgación sea utilizada para brindarle tratamiento o para la capacitación de estudiantes.

- **Marketing.** Su autorización es necesaria para el uso de su información médica con propósitos de marketing, a menos que esto se de en una conversación en persona acerca del nuevo producto o servicio de salud, o a menos que le estemos ofreciendo un obsequio modesto para informarle sobre el nuevo producto o servicio de salud. Le informaremos también si un tercero nos está pagando para informarle sobre un nuevo producto o servicio de salud.
- **Venta de Información Médica.** No nos es permitido vender su información médica sin su autorización y debemos informarle si recibimos algún pago. Sin embargo, ciertas actividades que no son consideradas como venta de información médica no requieren de su consentimiento. Por ejemplo, podemos vender nuestro negocio, pagarle a los contratistas y subcontratistas que trabajan para nosotros, participar en proyectos de investigación, recibir una remuneración por proporcionarle tratamiento, proporcionarle copias o un listado de divulgaciones de su información médica, o podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización si lo requiere o permite la ley, como por ejemplo para fines de salud pública.

Si usted nos autoriza a usar y divulgar información médica sobre usted, puede revocar esta autorización, en cualquier momento, mediante una notificación por escrito. En caso de que usted revoque su autorización, a partir de ese momento no usaremos o divulgaremos información médica sobre usted para las razones cubiertas por su autorización escrita. Es necesario que entienda que no podemos retractarnos en el caso de divulgaciones que ya se hayan realizado con su autorización, y que estamos obligados a conservar registros sobre los cuidados médicos que le hemos brindado.

### ***Sección I: Acuerdo de Atención Médica Organizada***

Las instalaciones del Florida Hospital North Pinellas, los contratistas independientes miembros del Personal Médico (Incluyendo a su médico), y otros proveedores de servicios médicos asociados a la Florida Hospital North Pinellas han acordado, según sea permitido por ley, compartir entre sí la información médica sobre usted, para fines de tratamiento, pagos o servicios hospitalarios en la Florida Hospital North Pinellas. Esto nos permite brindarle los cuidados médicos más apropiados para su caso.

Las instalaciones del Florida Hospital North Pinellas, contratistas independientes de su Personal Médico y otros proveedores de atención médica en la comunidad también se han unido para crear una red de proveedores para controlar los costos de la atención médica, a la vez que brindan atención de calidad. Según lo permitido por la ley, esta red de proveedores compartirá su información médica entre sí para propósitos de su tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Los proveedores también podrán eliminar los datos de identificación específicos para llevar a cabo investigación en salud de la población para mejorar la calidad de la atención en esta comunidad. Le pedimos que consienta en la liberación de sus datos supersensibles en nuestro Acuerdo de Admisión cuando llegue a nuestras instalaciones. Si desea restringir estas divulgaciones, comuníquese con el Oficial de Privacidad para determinar si podemos aceptar su solicitud.