

un paciente de cirugía ambulatoria o a un paciente externo en rehabilitación cardíaca oponerse por escrito a que un inspector estatal de matriculas inspeccione su información médica durante una revisión de matriculas, y, de nuestra parte, daremos curso a esa objeción.

De conformidad con la ley federal, antes de divulgar información médica que lo individualice como paciente de los servicios de abuso de sustancias, procederemos a solicitarle su consentimiento por escrito. Sin embargo, esto requisito general incluye algunas excepciones. Por ejemplo, puede que debamos compartir su información médica con nuestro personal según sea necesario para coordinar su tratamiento; con las agencias o las personas que nos ayudan a cumplir con nuestras responsabilidades para poder atenderlo, y a nuestros proveedores de atención médica durante una emergencia.

[DERECHOS QUE LO ASISTEN EN CUANTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA](#)

Usted tiene los siguientes derechos respecto de su información médica en nuestros registros:

Derecho de inspección y copia. Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica. Para inspeccionar y conseguir una copia de su información médica, visite www.dukehealth.org/medical-records o llame al 1-800-688-1867 para obtener instrucciones sobre cómo hacer su solicitud por escrito. Si solicita una copia de su información médica, puede que apliquemos una tarifa por el costo de la copia, el envío y otros suministros necesarios para satisfacer su pedido. Le responderemos en un plazo de 30 días luego de haber recibido su solicitud por escrito. En determinadas circunstancias, es posible que rechacemos su solicitud en un escrito que describa los motivos de tal rechazo y su derecho a solicitar una revisión de nuestra decisión.

Derecho de modificación. Tiene derecho a solicitar que modifiquemos los registros médicos, los registros de facturación u otros registros que empleemos para tomar decisiones sobre su persona. Esta solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar el o los motivos por los cuales solicita tal modificación. Podemos rechazar su solicitud en los siguientes casos:

- Si DHE no es quien ingresó la información médica, a menos que nos dé un motivo válido para creer que ya no es posible contactar a la persona que haya creado tal información médica para que realice la modificación.
- Si la información médica no es parte de la información médica empleada para tomar decisiones sobre su persona.
- Si entendemos que la información médica es correcta y está completa.
- De acuerdo a lo descrito anteriormente, no tendrá a inspeccionar y hacer una copia del registro. Le comunicaremos por escrito los motivos de nuestro rechazo y le informaremos de su derecho a enviarnos una declaración escrita en la que manifieste su desacuerdo con nuestra decisión. En caso de que aceptemos su pedido de modificar la información de salud, haremos todos lo que esté a nuestro alcance para informarles a los demás acerca de este cambio, incluidas las personas que usted señale que han recibido su información de salud. Visite www.dukehealth.org/medical-records o llame al 1-800-688-1867 para obtener el formulario necesario para solicitar una modificación de su registro.

Derecho a un historial de divulgaciones Tiene derecho a recibir una lista por escrito de determinadas ocasiones en que hayamos divulgado su información médica. Tiene derecho a solicitar todas las instancias en que se haya divulgado su información, hasta seis (6) antes de la presente solicitud. Nosotros tenemos la obligación de proporcionarle una lista con todas las instancias en que hayamos divulgado su información, excepto si ello se hizo con alguno de los siguientes propósitos:

- para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica;
- como resultado de usos e intercambios permitidos;
- si se hizo a una persona autorizada por usted fueron los destinatarios de tal información o quienes la solicitaron;
- si los destinatarios de esta información fueron personas relacionadas con su tratamiento o si tal divulgación tuvo como fin transmitir instrucciones o notificaciones o mitigar alguna catástrofe;
- si esta divulgación estuvo relacionada con alguna operación de inteligencia o para resguardar la seguridad nacional;
- si se hizo a pedido de alguna institución correccional u otro agente encargado de velar por el cumplimiento de la ley; y
- si la información divulgada formó parte de un conjunto restringido de datos que no contiene ningún tipo de información médica que pudiese relacionarse con usted.

La lista deberá incluir la fecha en que se divulgó la información, el nombre (y, de ser posible, un domicilio) de la persona u organización receptora de la información médica, una descripción breve de la información médica revelada y cuál es el propósito de tal divulgación. Para solicitar una lista o historial de divulgaciones, deberá enviar su solicitud mediante el correspondiente formulario del DHE, que puede obtenerse llamando al 1-800-688-1867.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso y divulgación de su información médica. No tenemos la obligación de aceptar las restricciones que nos solicita, pero cumpliremos con su pedido de no divulgar información a su plan de salud si tal revelación tiene que ver con pagos u operaciones de atención médica (y no es obligatoria por ley) y la información médica está relacionada únicamente con artículos o servicios por los cuales ya ha pagado por completo en efectivo. Aun si aceptáramos su solicitud, existen ciertas situaciones en las que es posible que no podamos cumplirla. Estas situaciones incluyen divulgaciones por motivo de tratamientos de emergencia, divulgaciones al secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud, así como todo uso y divulgación que no requiera ser autorizado. Para solicitar una restricción, deberá enviar el formulario correspondiente del DHE, que puede obtenerse llamando al 1-800-688-1867.

Derecho a solicitar una comunicación confidencial (medios alternativos) Tiene derecho a solicitar una comunicación confidencial, esto es, cómo y dónde nos comunicamos con usted, acerca de su información médica. Por ejemplo, podría pedirnos que nos comuniquemos con usted en su domicilio laboral o a través de su teléfono laboral. Esta solicitud deberá hacerse por escrito. De nuestra parte, haremos todo lo posible por satisfacer su pedido aunque puede que, de ser necesario, está prerrogativa quede sujeta a que usted

nos brinde la información sobre la forma en que se gestionara el pago, de haberlo, y un domicilio o método de contacto alternativo. Para solicitar un medio de comunicación alternativo, deberá enviar el formulario correspondiente del DHE, que puede obtenerse llamando al 1-800-688-1867.

Derecho a recibir una copia en papel de este aviso. De solicitarlo, tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Pondremos a su disposición una copia de este Aviso a más tardar durante el día en que le brindemos atención, excepto que se trate de servicios de emergencia, en cuyo caso le acercaremos el Aviso tan pronto como sea posible. Además, puede obtener una copia de este Aviso en cualquier momento ingresando a nuestra página web, www.dukehealth.org o en cualquiera de los centros de tratamiento de DHE aquí incluidos.

[CONTACTO PARA PREGUNTAS Y QUEJAS](#)

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras políticas de confidencialidad o cree que se han infringido sus derechos en tal sentido o desea presentar un reclamo acerca de nuestras prácticas de confidencialidad, puede comunicarse a la siguiente dirección:

<p>Privacy Officer Duke University Health System DUMC Box 3162 Durham, NC 27710 1-800-688-1867</p>

También puede enviar un reclamo por escrito al secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos. La presentación de un reclamo no conlleva ningún tipo de represalias.

[MODIFICACIONES EN ESTE AVISO](#)

Nos reservamos el derecho de modificar las cláusulas de este Aviso, así como de introducir nuevas disposiciones que rijan toda la información médica en nuestro poder de las siguientes maneras:

- Publicando del nuevo Aviso en nuestros centros.
- Haciendo copias a pedido del nuevo Aviso en nuestros centros DHE.
- Publicando el nuevo Aviso en nuestra página web, www.dukehealth.org

Para recibir una copia de este Aviso en algún otro formato, comuníquese con el Duke Disability Management System (Sistema de Gestión para Personas con Discapacidad de Duke) al 919-668-1499.

Vigente desde el 04/14/2003	Versión revisada el 11/7/2003
Versión revisada el 05/2007	Versión revisada el 09/23/2013
Versión revisada el 08/01/2014	Versión revisada: 03/1/2019

[AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN](#)

Duke University Health System, Duke University y demás miembros de Duke Health Enterprise incluidos en el Aviso de prácticas de confidencialidad (en conjunto, “Duke Health”), así como toda empresa vinculada o filial. Duke Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión. Duke Health no excluye personas ni las trata de una manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión. Duke Health:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de forma efectiva con nosotros, como los siguientes: Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
 - Proporciona servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes: Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas Si necesita estos servicios, comuníquese con Patient Visitor Relations (Comunicación con Visitas de Pacientes) al 919-681-2020 (opción 3)
- Si cree que Duke Health no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por motivo de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión, puede presentar una queja ante:

<p>Patient Visitor Relations Box 2968 DUMC Durham, NC 27710 Teléfono: 919-681-2020 (opción 3) Fax: 919-684-8296 patientvisitorrelations@dm.duke.edu</p>

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el departamento de Relaciones con Visitas de Pacientes está para ayudarlo. Además, puede presentar un reclamo sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo a:

<p>U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)</p>

Los formularios de reclamo se encuentran disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index>.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you.

Call 1-919-681-3007.

SPANISH (ESPAÑOL): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-919-681-3007.

CHINESE (繁體中文):注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-919-681-3007。

VIETNAMESE (TIẾNG VIỆT): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-919-681-3007.

KOREAN (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-919-681-3007 번으로 전화해 주십시오.

FRENCH (FRANÇAIS): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d’aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-919-681-3007.

ARABIC (العربية) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-919-681-3007.

HMONG (HMOOB): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj.

Hu rau 1-919-681-3007.

RUSSIAN (Русский): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-919-681-3007.

TAGALOG -FILIPINO (TAGALOG): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-919-681-3007.

GUJARATI (ગુજરાતી): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-919-681-3007.

MON-KHMER, CAMBODIAN (ខ្មែរ): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាឥតគិតថ្លៃភាសា ដោយមិនគិតណ្ហល គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-919-681-3007។

GERMAN (DEUTSCH): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-919-681-3007.

HINDÚ (हिंदी):ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-919-681-3007 पर कॉल करें।

LAO (ພາສາລາວ): ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າສົ່ງຄ່າ, ຄ່າມາດນັບໂທທ່ານ. ໂທ 1-919-681-3007.

JAPANESE(日本語):注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-919-681-3007まで、お電話にてご連絡ください。



CONVENIO DE GESTIÓN SANITARIA ORGANIZADA

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NOS COMPROMETEMOS A RESGUARDAR LA CONFIDENCIALIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.

ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU PERSONA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE USTED HACER PARA ACCEDER A ESA INFORMACIÓN.

LÉALA CON DETENIMIENTO.

Este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad (el “Aviso”) explica lo siguiente:

- La forma en que es posible que divulguemos su información médica con el fin de ofrecerle un tratamiento u otros servicios.
- Los derechos que lo asisten respecto de su información médica. Estos incluyen el derecho a:
 - Inspeccionar y obtener una copia de su información médica.
 - Solicitamos que modifiquemos la información médica sobre usted en nuestros registros.
 - Recibir una lista por escrito de determinadas ocasiones en que hayamos divulgado su información médica.
 - Solicitar que restrinjamos el uso y divulgación de su información médica.
 - Solicitar una comunicación confidencial de la información médica.
 - Recibir una copia en papel de este aviso.
- Saber cómo presentar un reclamo si cree que se ha infringido su derecho a la privacidad.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, nuestras políticas de confidencialidad o alguna otra pregunta relacionada con su información médica, llame al 1-800-688-1867.

Nueva fecha de entrada en vigencia: **1 de marzo de 2019**

<p>Si necesita una copia en español por favor pídasela a un empleado del hospital o de la clínica. Gracias.</p>

Este aviso describe las prácticas de la organización de atención médica de Duke Health Enterprise (DHE), compuesta de las siguientes entidades (“Entidades DHE” a los efectos de este aviso):

SR0615
Rev. 3/1/2019

