



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA
Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada con la salud física o mental de una persona, ya sea pasada, presente o futura. La información demográfica puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social y cualquier otro medio que permita identificarlo como una persona específica. La información médica protegida contiene datos específicos que identifican a una persona o que pueden usarse para identificarla.

La información médica protegida es aquella que es creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o entidad de procesamiento de la información médica. Esta información médica es utilizada por Miracle of Love Inc. (en lo sucesivo denominada la “Agencia”) de diversas formas en el curso de sus actividades comerciales normales.

Su información médica protegida puede ser utilizada o divulgada por la Agencia con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *Los profesionales de atención médica utilizan la información médica en clínicas u hospitales para poder cuidar de usted. Su información médica protegida puede compartirse, con o sin su consentimiento, con otro proveedor de atención médica con el fin de su tratamiento. La Agencia puede utilizar o divulgar su información médica para la administración de casos y la prestación de servicios.*

Cierta información puede ser utilizada por personal específico de la Agencia para mejorar las operaciones de la misma. La Agencia también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Alguna información médica protegida puede ser divulgada sin su autorización por escrito, tal como lo permite la ley. Estas circunstancias incluyen:

- Denuncia de abuso de niños, adultos o personas con discapacidad.
- Investigaciones relacionadas con un niño desaparecido.
- Investigaciones internas y auditorías de la agencia.
- Investigaciones y auditorías por parte de los financiadores del programa.
- Para fines de salud pública, incluidas estadísticas vitales, notificación de enfermedades, vigilancia de salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de los profesionales de la salud.
- Investigaciones del médico forense del distrito.
- Investigación aprobada por la Agencia y los financiadores.
- Órdenes del tribunal, órdenes judiciales o citatorios.
- Fines de cumplimiento de la ley, investigaciones administrativas y procedimientos judiciales y administrativos.

DERECHOS DE LA PERSONA

Tiene derecho a solicitar a la Agencia que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a personas involucradas en su atención. La Agencia no está obligada a aceptar ninguna restricción.

Tiene derecho a que se le asegure que su información será mantenida de manera confidencial. La Agencia se comunicará con usted por el medio que elija y al domicilio o número de teléfono que usted seleccione. Es posible que se le solicite poner su petición por escrito.

Usted tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida que se encuentre en poder de la Agencia dentro de los 30 días siguientes a la recepción por parte de la Agencia de su solicitud para obtener una copia de su información médica protegida. Debe completar el formulario de Autorización de la Agencia para divulgación de información confidencial y presentar la solicitud ante la Agencia. Si existen retrasos para proporcionarle la información, se le informará la razón del retraso y la fecha prevista en que recibirá su información.

La inspección de su información se realizará bajo supervisión en un horario y lugar designados. Se le puede negar el acceso según lo especifique la ley.

Si decide recibir una copia de su información médica protegida, tiene derecho a recibirla en la forma o formato que solicite. Si la Agencia no puede proporcionarla en ese formato, le entregará la información en copia impresa legible o en otro formato acordado entre usted y la Agencia.

La Agencia no puede darle acceso a notas de psicoterapia ni a cierta información utilizada en procedimientos legales. Los registros se mantienen por períodos de tiempo específicos conforme a la ley y a la regulación aplicable. Si su solicitud abarca información más allá del tiempo que la Agencia está obligada a conservar, dicha información podría no estar disponible.

Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de atención médica autorizado que no haya estado involucrado en la decisión de negar el acceso. El profesional de atención médica autorizado será designado por la Agencia.

Usted tiene derecho a corregir su información médica protegida. Su solicitud de corrección debe hacerse por escrito y proporcionar una razón que respalde la corrección solicitada. La Agencia puede negar su solicitud, en su totalidad o en parte, si determina que la información médica protegida:

- No fue creada por la Agencia.
- No es información médica protegida.
- Por ley no está disponible para su inspección.
- Es precisa y completa.

Si se acepta su corrección, la Agencia hará la corrección y le informará a usted y a otras personas que necesiten conocerla. Si se rechaza su solicitud, podrá presentar un formulario de reclamo siguiendo la Política y Procedimiento de Reclamos del Cliente, detallando la razón por la que no

está de acuerdo con la decisión. La Agencia puede responder a su reclamo por escrito. También podrá presentar una denuncia, tal como se describe en la sección titulada Quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que la Agencia haya realizado de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones realizadas a usted.
- Divulgaciones a personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones realizadas para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para fines de salud pública.
- Divulgaciones para fines de regulación de profesionales de atención médica.
- Divulgaciones de denuncias de abuso de niños, adultos o personas con discapacidades.

Este resumen sí incluye divulgaciones realizadas para:

- Fines de investigación, distintos a aquellos que haya autorizado por escrito.
- Respuestas a órdenes del tribunal, órdenes judiciales o citatorios.

Puede solicitar un resumen correspondiente a un período no mayor a seis (6) años a partir de la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de Prácticas de Privacidad de manera electrónica, tiene derecho a obtener una copia impresa si así lo solicita.

La Agencia puede enviarle recordatorios por correo o por llamada telefónica sobre citas de atención médica.

FUNCIONES DE LA AGENCIA

La Agencia está obligada por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de Prácticas de Privacidad le informa cómo puede ser utilizada su información médica protegida y cómo la Agencia mantiene su información privada y confidencial. Este aviso explica los deberes legales y las prácticas relacionadas con su información médica protegida. La Agencia tiene la responsabilidad de notificarle en caso de una violación de su información médica protegida no asegurada.

Como parte de las funciones legales de la Agencia, este Aviso de Prácticas de Privacidad debe ser entregado a usted. La Agencia está obligada a seguir los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad vigentes.

La Agencia puede cambiar los términos de este aviso. Si se realizan cambios, estos serán válidos para toda la información médica protegida que la Agencia conserve. Los Avisos de Prácticas de Privacidad nuevos o revisados estarán disponibles en el sitio web de la Agencia en <https://miracleofloveinc.org/privacy-practices-notice/> y también estarán disponibles por correo electrónico y en todas las oficinas de la Agencia.

QUEJAS

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante la oficina de Recursos Humanos/Oficina de Administración (Human Resources/Office Management office) ubicada en 1301 W Colonial Dr. Orlando, FL 32804, teléfono (407) 843-1760 ext. 133, así como ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services) ubicado en 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201, teléfono (202) 619-0257 o la línea gratuita (877) 696-6775.

La queja debe presentarse por escrito, describiendo los actos u omisiones que considere que violaron sus derechos de privacidad, y debe presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que usted se enteró o debió enterarse que ocurrió el acto u omisión. La Agencia no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

PARA MAYOR INFORMACIÓN

Las solicitudes de información adicional sobre los asuntos cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, o bien, al director o administrador de la Agencia donde recibió el aviso.

FECHA DE VIGENCIA

Este Aviso de Prácticas de Privacidad entra en vigor a partir del 1 de enero de 2024 y permanecerá vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad.

REFERENCIAS

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule.” 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register* 65, no. 250 (28 de diciembre de 2000).

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule.” 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register*, Volume 67 (14 de agosto de 2002)

HHS, Modifications to the HIPAA Privacy, Security, Enforcement, and Breach Notification Rules under the Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act and the Genetic Information and Nondiscrimination Act; Other Modifications to the HIPAA Rules, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero de 2013).

Notice of Privacy Practices. DH8006-SSG-09/2017. Florida Department of Health.

He leído este Aviso de Prácticas de Privacidad y se respondieron todas las preguntas por parte del personal de MOL. Entiendo las Prácticas de Privacidad en MOL y, si tengo preguntas adicionales sobre estas Prácticas de Privacidad, contactaré a mi administrador de casos o a un miembro de la administración.

Nombre (letra de imprenta)

Firma del cliente

Fecha

Nombre del administrador de casos/
personal de MOL (letra de imprenta)

Firma

Identificación
del cliente

Se deberá proporcionar al cliente una copia de este documento firmado y se deberá ingresar en su expediente.