



University of Michigan Hospitals and Health Centers
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
Effective April 14, 2003

[Hospitales y Centros de Salud de la Universidad de Michigan
Notificación de las Políticas de Privacidad
En Efecto a partir de abril 14, 2003]

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PODRIA SER UTILIZADA Y COMO USTED PODRIA ACCEDER A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVISE CUIDADOSAMENTE ESTE COMUNICADO

ENTENDIENDO EL TIPO DE INFORMACION QUE TENEMOS

Nosotros obtenemos información de Usted cuando nos visita. Esto incluye su nombre, fecha de nacimiento, información financiera, información sobre su seguro médico y cualquier otra información personal. También, de parte de las compañías de seguros médicos obtenemos información sobre su participación en los planes de seguro, así como de otros proveedores de asistencia médica. Asimismo, durante su consulta recopilamos información sobre su condición, diagnóstico y tratamiento médicos.

NUESTRA PROMESA DE PROTEGER SU PRIVACIDAD Para Nosotros, su privacidad es muy importante. La información que nosotros recopilamos es privada; por ello, es nuestro deber el notificarle sobre nuestras políticas de privacidad. Su información sólo será vista por aquellas personas que tienen tanto el derecho legal como la necesidad de acceder a ella. A menos que Usted nos otorgue su consentimiento por escrito, sólo revelaremos su información para propósitos de tratamiento, pago, actividades comerciales, cuando la ley lo requiera o por las siguientes razones.

- **Tratamiento** Nosotros podríamos utilizar o revelar su información médica para proveer y coordinar su atención médica. Por ejemplo, nosotros podríamos informar a su médico familiar de cualquier cuidado que Usted haya recibido en el servicio de urgencias.
- **Pago** Nosotros podríamos utilizar y revelar la información para asegurarnos de que cualquier servicio médico recibido sea cobrado y pagado correctamente. Por ejemplo, podríamos enviarle una factura a su agencia de seguro médico explicando el tratamiento que usted recibió y por qué.
- **Actividades comerciales** Podríamos utilizar o revelar la información de acuerdo a las necesidades de nuestras actividades comerciales. Por ejemplo, podríamos utilizar la información para educar a nuestros estudiantes de medicina o para mejorar la calidad de los servicios que Usted y otros reciben en la Universidad de Michigan.
- **Excepciones** En ciertos casos, podríamos requerir de su consentimiento para compartir información sobre tratamiento recibido, pagos o actividades comerciales.
- **Recordatorio de Citas** Nosotros podríamos contactarle para recordarle de sus citas, para proveerle con información sobre tratamientos alternos u otros beneficios o servicios médicos que podrían ser de interés para Usted.
- **Cuando lo Requiera la Ley o para otras Funciones Gubernamentales** Nosotros podríamos revelar la información cuando la ley lo requiera o para otras funciones gubernamentales. Por ejemplo, podríamos revelar la información para propósitos

policiales u otras funciones gubernamentales, en respuesta a citas u órdenes legales, para reportes sobre enfermedades contagiosas, asistir en casos de desastres, evaluación de nuestras actividades por agencias gubernamentales, evitar una amenaza seria contra la salud o la seguridad, o para otros tipos de emergencia.

- **Salud y Seguridad Pública** Nosotros podríamos utilizar o revelar su información cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o a la seguridad de una persona o del público. Por ejemplo, nosotros o nuestros agentes por contrato podríamos revelar su información sobre inmunizaciones y/o ciertas enfermedades a las autoridades de salud pública.
- **Investigación** Nosotros podríamos utilizar o revelar su información médica para llevar acabo investigaciones. Pediríamos su consentimiento u obtendríamos la autorización de la Junta de Revisión Institucional o de una Junta de Privacidad antes de utilizar o revelar su información para fines de investigación.
- **Recaudación de Fondos** Nosotros podríamos contactarle para solicitar contribuciones o para solicitar su asistencia para recaudar fondos.
- **Directorios de Pacientes en las Instalaciones** Nosotros mantenemos los nombres, la ubicación, la condición general (por ejemplo, crítica, estable) y la afiliación religiosa de los pacientes de nuestros hospitales u otras instalaciones y compartimos esta información con representantes religiosos y con otras personas que pregunten por un individuo por nombre. Usted puede pedir que se retire su nombre del directorio cuando sea hospitalizado.
- **Familiares y Amigos** Nosotros podríamos revelar su información a los miembros de su familia, amigos o a otras personas que Usted identifique como directamente relevantes a su persona, cuidado o al pago de los servicios; o para notificarles acerca de su ubicación y su condición.
- **Después de la Muerte** Nosotros podríamos revelar su información a los agentes o examinadores médicos, y a las funerarias después de su muerte.
- **Con su Consentimiento** Si recibimos su consentimiento por escrito, podríamos entonces utilizar y revelar su información personal para los propósitos que Usted especifique. Aún después de darnos su consentimiento, Usted tiene el derecho de cambiar de opinión y revocar su consentimiento. Sin embargo, ese cambio también debe notificarse por escrito. Asimismo, no podemos retroceder en los usos o revelaciones ya hechas con su consentimiento.

El uso y/o revelación que hagamos de su información médica personal debe cumplir con las normas federales de privacidad y con las leyes aplicables del estado de Michigan. La ley de Michigan provee especificaciones distintas acerca de la protección de su información médica personal. Por ejemplo, el estado de Michigan provee de protección especial para información sensitiva, tal como información sobre el VIH / SIDA o sobre condiciones siquiátricas.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Usted tiene los siguientes derechos respecto a su propia información médica personal; información que mantenemos en nuestros archivos. Sus peticiones deben presentarse por escrito a nuestra oficina encargada de asuntos de privacidad: University of Michigan Health System Privacy Office, P.O. Box 0625, Ann Arbor, MI 48109.

- **Su Derecho de Revisar y Obtener una Copia** En la mayoría de los casos, Usted tiene el derecho de ver o recibir copia de su expediente médico. Es posible que se cobre por fotocopiar su expediente. (Es recomendable que Usted obtenga una cita para asegurarse de que tendremos su expediente disponible).
- **Su Derecho de Corregir** Si Usted piensa que existe algún error, Usted podría solicitarnos que lo rectifiquemos. Nosotros podríamos rechazar su solicitud; no obstante, debemos ofrecerle una explicación por escrito.
- **Su Derecho de Recibir un Listado del Uso dado a su Información** Usted tiene el derecho de solicitar un listado del uso dado a su información después del 14 de abril, 2003. Este listado no incluirá las ocasiones cuando su información sea revelada a causa de tratamiento, pago o de las actividades operativas de los servicios médicos. El listado tampoco incluirá información comunicada directamente a Usted o a su familia, ni información revelada con su consentimiento. No incluirá información revelada que no contenga su nombre o cualquier otro dato que le identifique.
- **Su Derecho de Restringir el Uso o Difusión de la Información** Usted puede limitar el uso o difusión de su información. Aunque esto no significa que necesariamente estaremos de acuerdo con su petición, respetaremos su deseo de restricción si consideramos que es razonable.
- **Su Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con Usted de algún modo o lugar específico. Por ejemplo, usted podría solicitar que la información le sea enviada a la dirección de su trabajo en vez de ser enviada a su casa. Haremos lo posible por atender su petición.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACION

La Universidad se reserva el derecho de modificar esta notificación. Cualquier revisión se hará efectiva sobre cualquier información médica que ya se encuentre en nuestro poder, así como sobre cualquier información que obtengamos en el futuro. La ley nos requiere que cumplamos con los requerimientos contenidos en la notificación vigente. Cualquier cambio a esta notificación será publicada en nuestra página de Internet: <http://www.umich.edu/hipaa>. Si los cambios son substanciales, una nueva notificación se exhibirá en nuestras instalaciones antes de que se encuentre en vigor.

UM Notice of Privacy Practices – Summary: v 1.2 Author: UMHS Attorney’s Office	Page 3 of 4	Created: March 20, 2003 Last Revised: March 26, 2003 Spanish
--	-------------	---

COMO EJERCER SUS DERECHOS MENCIONADOS EN ESTA NOTIFICACION

Si usted desea ejercer sus derechos mencionados en esta notificación, podría llamar o escribir a:

University of Michigan Health System Privacy Office
P.O. Box 0625
Ann Arbor, MI 48109
Teléfono: 866-482-1252

Si Usted desea hacer una solicitud por escrito, podríamos asistirle en su elaboración.

- **Quejas al Gobierno Federal** Si Usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, Usted tiene el derecho de enviar una queja al gobierno federal; escribiendo a la Oficina de Derechos Civiles:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, Ill. 60601
TEL. (312) 886-2359, FAX (312) 886-1807, TDD (312) 353-5693.
Correo Electrónico OCRComplaint@hhs.gov

No se tomarán represalias contra Usted por enviar una queja al gobierno federal.

- **Quejas y Comunicaciones Locales** Si usted desea ejercer sus derechos como paciente mencionados en esta notificación, comunicarse con nosotros para discutir cualquier asunto concerniente a su privacidad o si desea presentar una queja, puede hacerlo por escrito a la Oficina de Privacidad del Sistema de Salud de la Universidad de Michigan [University of Michigan Health System Privacy Office] a la dirección anteriormente mencionada. No se tomarán represalias contra Usted por presentar una queja.

INFORMACION ADICIONAL

Usted puede obtener una versión detallada de esta notificación en nuestra página de Internet: www.med.umich.edu/hipaa; en las recepciones de nuestras clínicas o las salas de espera, o llamando al 866-482-1252. También, Usted tiene el derecho de obtener copias adicionales de la notificación detallada contactando a cualquiera de nuestros representantes.

Esta notificación está disponible en otros idiomas y en diferentes formatos que satisfacen las normas establecidas por el Acta para Americanos Incapacitados [Americans with Disabilities Act] (ADA por sus siglas en inglés).

UM Notice of Privacy Practices – Summary: v 1.2 Author: UMHS Attorney’s Office	Page 4 of 4	Created: March 20, 2003 Last Revised: March 26, 2003 Spanish
--	-------------	---