

M. D. Anderson, Agrupacion medica ("MDAPN")

Aviso de practicas privadas

En efecto: Marzo 1, 2004

ESTE AVISO EXPLICA COMO LA INFORMACION MEDICA, PUEDE SER USADA Y PROPORCIONADA Y COMO OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION

POR FAVOR, REVISAR CUIDADOSAMENTE.

1. **CONTACTO PERSONAL.** Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, comunicarse con las oficinas o empleado privado de MDAPN situado en el 7505 South Main, Suite 450, Houston, TX 77030-4224, o al telefono (713) 745-9720.

2. **QUIEN DEBE SEGUIR ESTE AVISO.** Este aviso describe la practica privada del MDAPN asi como la practica privada de todos los departamentos y secciones de MDAPN y todo su personal de trabajo.

3. **PROPOSITO DE ESTE AVISO.** Por ley, se requiere que toda la informacion medica sea privada. Nosotros hemos creado un record del servicio y cuidados que usted recibe a traves de MDAPN. Necesitamos estos records para cumplir con ciertos requerimientos legales. Este aviso se aplica a todos los records, servicios y cuidados que se reciben a traves de MDAPN. Este aviso le informara en la manera que nosotros usaremos la informacion medica de usted bajo la ley federal. Esta aviso tambien describe sus derechos y ciertas obligaciones consernientes a su informacion medica.

4. **NUESTRA RESPONSABILIDAD.** Nosotros tenemos requerimientos legales.

- a. Que la informacion medica del paciente se mantenga en privado;
- b. Dar conocimiento de nuestras practicas legales con respecto a la informacion medica; y
- c. Siguiendo los terminos de este aviso en tanto esten en efecto. Si la revision de este aviso cambiara, seria revisado y expuesto en nuestro Web site:

[http:// www.mdanderson.org/departments/cancermanager/](http://www.mdanderson.org/departments/cancermanager/).

5. **COMO NOSOTROS PODEMOS HACER USO Y ENTREGAR INFORMACION MEDICA DE USTED.** Las siguientes categorias (impresas en letra mayuscula a continuacion) describe las diferentes formas de hacer uso de su informacion medica. Por cada categoria que se informe, se le proveera de una explicacion y varios ejemplos a seguir. No toda la imformacion en las categorias estaran en lista. Por supuesto todas las vias descritas abajo y en letras mayusculas nos permitiran el uso de dicha informacion.

a. **TRATAMIENTO.** Nosotros proveeremos, la informacion medica de usted para proporcionarle el mejor servicio y tratamiento medico. Nosotros podemos dar informacion medica de usted a doctores, enfermeras, tecnicos, estudiantes de medicina o cualquier profesional de salud que este envuelto en cuidados para usted. Por ejemplo; el doctor que lo trata a usted por cancer, quizas tenga que saber si usted padace de diabetes, porque la diabetes lo preindispone y aumenta el riesgo de infeccion. Por consiguiente y en adision el medico tendra que decirlo al dietetico que usted tiene diabetes y el/ella puedan hacer los arreglos apropiados para aconsejarle. Los medicos tambien pueden intercambiar informacion medica de usted para coordinar diferentes servicios que usted necesitaria, tales como trabajos de laboratorio, rayos X, y prescripciones. Nosotros tambien podemos proporcionar informacion medica de usted, a los miembros de nuestra fuerza de trabajo; asi como a socios de negocios que esten involucrados en su cuidado medico tales como trabajadores sociales, manejadores, dieteticos y miembros que representen servicios, y medicos que le proveren de cuidados de salud.

b. **PAGOS.** Nosotros podemos dar informacion medica de usted para que el tratamiento y servicios que usted reciba sea facturado (y el pago sera colectado de esta manera) su compania de seguros o una tercera

persona. Por ejemplo, Nosotros necesitaríamos dar información sobre su salud y cirugía que el médico haya realizado, esto para que su plan de seguro, le pague a su médico o a usted por la cirugía. También podríamos informar a su seguro sobre el tratamiento que recibirá; para así tener aprobación o que determinen si su plan de seguros cubrirá el tratamiento.

c. POR EL SISTEMA DEL CUIDADO DE SALUD. Nosotros podemos hacer uso y entregar información médica de usted, para MDAPN, sistemas de cuidados de salud. Por ejemplo, nosotros podemos usar información médica para el tratamiento y servicio y evaluar la calidad de nuestros miembros y personal de trabajo así como otros contactos que proveen el cuidado para usted. Nosotros también podemos hacer uso de esta información a doctores, enfermeras, técnicos y a cualquier personal de salud que conduzca a programas de entrenamiento. Nosotros también podemos combinar información médica a cualquier MDAPN, pacientes para servicios adicionales que el MDAPN, pueda ofrecer; cuales servicios no son necesarios, y proceder a nuevos tratamientos mejor efectivos. Nosotros también podemos hacer uso de su información personal y de su grupo médico, para que de esta manera otros puedan usar esta información y estudiar un mejor cuidado de salud, sin especificar, ni explicar quienes son los pacientes.

d. ORGANIZACIONES ASOCIADAS PARA EL TRATAMIENTO, PAGOS Y CUIDADOS DEL SISTEMA DE SALUD. Nosotros podemos dar información médica de usted a nuestros asociados de negocios en orden de mantener los pagos, el tratamiento y las operaciones de salud. Por ejemplo podemos dar información médica de usted a la compañía de seguros encargada de los pagos y así poder obtener el servicio que recibe.

e. PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL CUIDADO DE SUS PAGOS PARA SU SALUD. Nosotros podemos entregar información médica de usted o miembros de su familia, a otros parientes o quien este autorizado por ley en dar consentimiento de su tratamiento. Nosotros también podemos dar información a cualquier persona envuelta en el pago del cuidado sobre su salud. También en adición podemos dar información a la Cruz Roja o agencias de gobierno y autoridades que asisten en algún desastre natural y así poder avisarles a sus familiares del lugar y las condiciones en general.

f. RECORDATORIO DE CITAS MEDICAS. Nosotros podemos hacer uso de información médica para mantenernos en contacto con usted y recordarles la hora y el día de su citas de chequeo médicos.

g. ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO. Nosotros podemos hacer uso de información médica para poder darles información y alternativas que puedan ser del interés y beneficio para usted.

h. SALUD - RELACIONADA CON BENEFICIOS Y SERVICIOS. Nosotros podemos hacer uso de información médica para decirles y explicarles sobre su estado de salud o beneficios y servicios que puedan interesarles a ustedes.

i. SITUACIONES ESPECIALES.

(1) **COMO ES REQUERIDO POR LEY.** Nosotros podemos hacer uso de información médica de usted, cuando sean requeridas por ley federal, estatal o ley local.

(2) **ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA.** Nosotros podemos hacer uso de información médica de usted a agencias de gobierno o autoridades públicas al servicio de actividades de salud.

- (a) Prevención o control de enfermedades, heridos o deshabilitados;
- (b) Reportar nacimientos y muertes;
- (c) Reportar negligencias y abusos a menores;
- (d) Reportar reacciones a medicamentos o problemas causados por lo mismo;
- (e) Avisarles a los pacientes de productos que son recogidos del mercado y pueden usar;
- (f) Avisarles a personas que pueden estar expuestos a una enfermedad contagiosa y que tienen el riesgo de contagiar y expandir esta enfermedad; y
- (g) Avisar apropiadamente a las autoridades de gobierno encargadas, si nosotros creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Nosotros solamente podremos dar la

informacion; si usted esta de acuerdo o cuando lo requieran las autoridades por ley.

(3) **EQUIVOCACIONES EN ACTIVIDADES DE SALUD.** Nosotros podemos dar informacion medica a agencias de actividades en errores de salud autorizadas por ley, tales como auditorias, investigaciones, inspecciones y derachos legales. Estas actividades son necesarias para que un representante del gobierno y del sistema de salud. Programas de Gobierno, en relacion con leyes de los derechos civiles.

(4) **DISPUTAS Y RECLAMACIONES LEGALES.** Nosotros podemos dar informacion medica de usted por orden legal de la corte o orden administrativa. Nosotros tambien podemos dar informacion medica de usted en respuesta a una citacion legal peticiones legales o cualquier otro proceso de cualquier persona involucrada en esta disputa legal; pero solamente en el esfuerzo que implica a usted a obtener una orden que proteja la informacion requerida.

(5) **ARRESTOS POR LEY.** Nosotros podemos entregar informacion medica si es requerida por organismos oficiales de la ley.

(a) En respuesta a orden de la corte, citacion penal, orden de arresto, citacion por orden de un juez o procesos similares;

(b) Sobre la victima de un crimen si bajo ciertos limites de circunstancias y nosotros no pudieramos obtener un acuerdo con la persona (s);

(c) Principalmente una muerte que nosotros consideremos pueda ser el resultado de conducta criminal;

(d) Sobre conducta criminal que consideremos que ha ocurrido en lugares cercanos de el MDAPN; y

(e) En circunstancias de emergencia a reportar un crimen; si la informacion relata con la presencia, la naturaleza de las heridas o enfermedades, edad, sexo, y ocupacion de el paciente quien es recibido en emergencia para servicios medicos.

(6) **EXAMINADORES MEDICOS Y FORENSES.** Nosotros podemos entregar informacion medica de nuestros pacientes a un forense o examinadores medicos para identificar a una persona muerta o determinar la causa de su muerte.

(7) **DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS.** Nosotros podemos entregar informacion medica a organizaciones encargadas de procurar organos, ojos y tejidos (trasplantes) A bancos de donaciones para facilitar dichas donaciones.

(8) **PREVENIR SERIOS PELIGROS DE SALUD Y SEGURIDAD.** Nosotros podemos dar informacion de usted, cuando sea necesaria para prevenir peligros serios de su salud y seguridad de salud publica a otras personas. Cualquier relacion no obstantese entregara solamente a agencias del gobierno y autoridades a cargo de prevenir estos casos.

(9) **FUERZAS ARMADAS.** Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas. Nosotros podemos entregar informacion medica de usted a agencias del gobierno o autoridades; bajo requerimiento de estas y de autoridades del comando militar.

(10) **SEGURIDAD NACIONAL Y ACTIVIDADES DE INTELIGENCIA.** Nosotros podemos entregar informacion medica de usted a oficiales autorizados federales de Inteligencia; Contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

(11) **PROTEGER SERVICIOS PARA EL PRESIDENTE Y OTROS.** Nosotros podemos entregar informacion medica sobre usted a oficiales federales autorizados, de esta manera ellos proveeran proteccion al Presidente y otras personas autorizadas como Cabezas de Estado Extranjeros y investigaciones especiales.

(12) **PRESOS O ENCARCELADOS.** Si es usted un preso de una institucion correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley. Nosotros podemos entregar informacion medica de usted a la institucion correccional

o al departamento oficial de ley. Esta entrega de informacion sea necesaria. Por ejemplo: (a) Para que la institucion provea cuidados de salud; (b) Para proteger su salud y la salud y seguridad de otros; (c) Para la seguridad y aseguramiento de la institucion correccional.

(13) **COMPENSACION A TRABAJADORES.** Nosotros podemos entregar informacion medica de usted a agencias de gobierno o autoridades para compensacion al trabajador o programas similares o cualquier manera requerida por la ley. Estos programas proveen beneficios para los relatados trabajadores, heridos o enfermos.

j. **UANDO SU AUTORIZACION ES REQUERIDA.** El uso o entrega de su informacion medica para propositos o actividades no enlistadas, seran hechas solamente con su autorizacion por escrito (permiso) y si este permiso nos lo entrega a nosotros y asi poder usar su informacion medica. Este permiso por escrito puede ser revocado en cualquier tiempo. Si usted revoca su permiso, nosotros no podemos entregar ninguna informacion de usted bajo la razon que cubre su permiso por escrito. No obstante nosotros estamos incapacitados a recoger de vuelta cualquier informacion que haya sido entregada con su permiso por escrito.

6. **SUS DERECHOS.** Usted tiene los siguientes derechos en cuanto a la informacion.

a. **DERECHO A PETICION DE RESTRICCIONES.** Usted tiene derecho a pedir una restriccion o limitacion en la informacion medica que nosotros usamos o entregamos de usted y su tratamiento; pagos y operaciones del cuidado de salud. Usted tambien tiene derecho de pedir limitaciones de informacion sobre usted o alguien envuelto en sus cuidados y pagos tal como un miembro de su familia o amigo. Por ejemplo; usted puede pedir que nosotros no usemos o entreguemos sobre algo en particular que usted haya tenido en su cirugia. Nosotros no requerimos de un convenio para esta (su) peticion. Si nosotros estamos de acuerdo; nosotros cumpliremos con su peticion a menos que la informacion sea necesaria para proveerlo a usted en un tratamiento de emergencia. Para pedir estas restricciones debe hacerlo por escrito al empleado oficial de MDAPN; y su peticion nos sera comunicada.

- (1) Cual informacion usted desea limitar;
- (2) Cualquier informacion que desee limitar o hacer uso o entregar (o ambas); y
- (3) A quien usted desee aplicar estas limitaciones (e.g; entregadas a su esposo (a)).

b. **DERECHO A PEDIR COMUNICACION CONFIDENCIAL.** Usted tiene el derecho a pedir que nosotros nos comuniquemos con usted sobre materia medica en ciertos medios o vias de situacion. Por ejemplo; usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted por telefono a su trabajo o si prefiere nos comuniquemos por correo electronico a su hogar. Para esta peticion de comunicacion confidencial usted debe hacerla por escrito a traves de un empleado oficial de MDAPN; Nosotros no preguntaremos sus razones; nos acomodaremos a todas las peticiones razonables. Usted debe pedir y especificar como y donde usted desea ser comunicado.

c. **DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR.** Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar informacion medica que pueda ser utilizada para decidir sobre su cuidado. Inspeccionar y copiar informacion medica que puedan ser usadas para tomar desiciones sobre usted. Para esto debe suministrar su peticion por escrito al empleado oficial de MDAPN; si usted requiere una copia, nosotros podemos agregar honorarios extras por el costo de las copias, el envio por correo u otros suplementos asociados con su peticion. Nosotros podemos negar su peticion de inspeccion y copias en ciertas limitadas circunstancias. Si a usted se le niega el acceso de informacion medica; en algunos casos usted puede pedir una revision por la negacion. Otras licencias de salud y cuidado profesional seleccionadas por MDAPN; serian revisadas en su peticion por la negacion. La persona encargada de la revision no es la persona que nego su peticion. Nosotros cumpliremos con el resultado de esta revision.

d. **DERECHO A ENMENDAR.** Si usted siente o cree que la informacion medica que nosotros tenemos es incorrecta o incompleta. Usted puede requerir de nosotros enmendar la informacion. Usted tiene derecho de pedir una enmienda todo el tiempo la informacion sea mantenida por o para MDAPN; para pedir una

enmienda, su petición debe de ser hecha por escrito y ser entregada al empleado oficial de MDAPN; En adición usted debe proveer una razón que sostenga su petición. Nosotros podemos negar su petición a una enmienda, si no está por escrito o que no incluya la razón que sostenga su petición; si usted reclama o pide enmendar información que:

- (1) Lo que no ha sido creado o realizado por nosotros, a menos que la entidad o persona que ha creado la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- (2) No es parte de la información médica mantenida por o para MDAPN;
- (3) No es parte de la información, la cual pueda permitirse inspeccionar o copiar; o
- (4) Será exacto y completo.

e. **DERECHO A UN CONTEO DE REVISIÓN.** Usted tiene el derecho de solicitar una cuenta de revisión o revelación por MDAPN; de su información médica que a ocurrido en los pasados seis (6) años y después de Abril 14, 2003. Las cuentas (o listas) de reclamaciones incluirá: (1) fecha de reclamación. (2) el nombre de la entidad o persona quien recibe la información y; tener conocimiento de las direcciones (Trabajo y vivienda) (3) Una breve descripción de la información médica entregada; y (4) Una breve declaración del propósito de esta entrega (Dicha lista no incluye la entrega hecha al reclamante de la autorización, o para el tratamiento, pagos y operaciones para el cuidado de salud). Para reclamar esta lista, tendrá que ser suministrada por escrito al empleado oficial de MDAPN; Su petición estará condicionada un periodo de tiempo, no más de seis (6) años y puede no incluir fechas anteriores a Abril 14, 2003. Por supuesto, el periodo de tiempo podría ser mucho menor de seis (6) años. Su petición nos indicará en que forma usted desea la lista. (e.g, y la forma de obtenerla ya sea por escrito o electrónicamente) La primera lista que usted reclame tendrá un periodo de doce (12) meses y será libre de cargos. Para listas adicionales, nosotros haremos un cargo por el costo del procesamiento de la lista. Nosotros le notificaremos sobre dicho costo y usted puede escoger en renunciar, retirar o modificar su petición antes de recurrir en dichos gastos.

f. **DERECHO A TENER COPIAS DE ESTE AVISO.** Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Usted puede pedirnos esta copia en cualquier momento Inclusive si usted acepto recibir el aviso electrónicamente, usted siempre tendrá derecho a una copia. Para obtener esta copia de papel , pongase en contacto con el empleado oficial de MDAPN;

g. **ACCESO A COPIAS ELECTRONICAS DE ESTE AVISO.** Usted puede obtener copias electrónicas de este aviso en nuestro Web site: <http://www.mdanderson.org/departments/cancermanager/>

7. **CAMBIOS DE LOS AVISOS.** Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar los avisos. Nosotros nos reservamos el derecho de hacer el revisado y cambio de cualquier aviso efectivo para información médica. Nosotros estaremos al igual que usted de estar al tanto de cualquier información que recibamos en el futuro. Pondremos pancartas, copias del último aviso y en nuestro Web site. Estos avisos contendrán la fecha efectiva en la primera página, arriba.

8. **QUEJAS.** Si usted cree que sus derechos privados han sido violados, Usted puede realizar sus quejas con MDAPN; o con la Secretaría Federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted no será penalizado o habrá nada en su contra que pueda suceder por hacer una queja al MDAPN; o al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para llenar los papeles de Quejas, pongase en contacto con MDAPN:

Atención: Empleado Oficial
M. D. Anderson Physicians Network

Dirección: 7505 South Main, Suite 450
Houston, TX 77030-4224

Número Telefónico: (713) 745-9720

9. **CONTACTOS.** MDAPN; puede hacer contactos con usted para proveer información sobre salud,

beneficios relacionados a la salud y beneficios y servicios. Información general de cuidados de salud y otras informaciones de interés para usted. Si usted no desea recibir este material informativo, por favor, haga su petición por escrito al empleado oficial de MDAPN.

