



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

### LÉALO DETENIDAMENTE.

Fecha de entrada en vigor: 15 de septiembre de 2025

Este Aviso conjunto de Prácticas de Privacidad (el “Aviso”) se aplica a las siguientes organizaciones:

Avance Care P.A. (“Avance Care”), FastMed P.C. y FastMed Primary Care P.C., junto con sus respectivas clínicas afiliadas y proveedores individuales, participan en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (Organized Health Care Arrangement, OHCA) para brindar atención coordinada y de alta calidad en todas nuestras redes. Un OHCA es un entorno clínicamente integrado en el que las personas pueden recibir atención de más de un proveedor de atención médica o un sistema organizado de atención médica en el que participan más de un proveedor de atención médica.

Estos proveedores incluyen a sus empleados, personal, practicantes, voluntarios, estudiantes y otros profesionales de atención médica. Ambas entidades, sus centros y ubicaciones cumplen con los términos de este Aviso. Además, estas entidades, centros y ubicaciones pueden compartir su información médica entre sí para fines de tratamiento, pago y/o atención médica, según se describe en este Aviso.

En conjunto, en este Aviso, nos referiremos a estas entidades como “nosotros” o “nos”. Podemos compartir información médica entre nosotros para fines operativos, de tratamiento y de pago. La ley nos permite hacerlo para brindar servicios de atención médica eficientes. Asimismo, ciertos proveedores de atención médica dentro de este acuerdo pueden participar en redes clínicamente integradas para fines de revisión conjunta de la utilización, evaluación y mejora de la calidad, o actividades de pago, y dichos proveedores pueden compartir información médica con los participantes de la red, según sea necesario, para llevar a cabo las actividades conjuntas de la red.

### Aviso legal importante

Los proveedores mencionados anteriormente le entregan este Aviso conjunto. Cada proveedor en este Aviso conjunto es su propio proveedor de atención médica. Cada proveedor es responsable de sus propias actividades. Esto incluye el cumplimiento de las leyes de privacidad y de todos los servicios de atención médica que presta. No prestamos



servicios de atención médica de forma mutua ni en nombre de la otra parte. Podemos compartir información médica según lo permita la ley.

## **TENEMOS LA OBLIGACIÓN LEGAL DE PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA.**

La ley nos exige proteger la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Debemos explicarle cómo podemos usar su PHI y cuándo podemos divulgarla a terceros. Usted tiene derechos con respecto a su PHI, tal como se describen en este Aviso. Debemos seguir los procedimientos de este Aviso. Tenemos derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y a hacer efectivas las nuevas disposiciones del Aviso para toda la PHI que conservamos, publicando el aviso revisado en nuestras instalaciones, poniendo a disposición copias del aviso revisado si se solicita y publicándolo en nuestro sitio web.

Es posible que tenga derechos adicionales en virtud de otras leyes estatales o federales aplicables. Las leyes estatales o federales aplicables que brinden mayor protección o derechos de privacidad más amplios seguirán vigentes y cumpliremos con dichas leyes en la medida en que sean aplicables.

## **CÓMO USAMOS O DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Accedemos, usamos y divulgamos su PHI por diversas razones, según lo permitan o exijan las leyes federales o estatales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Estos fines incluyen tratamiento, pago y operaciones de atención médica; con su permiso por escrito; en virtud de una orden judicial; o según lo permita la ley.

Además de las protecciones federales, la ley de Carolina del Norte ofrece mayores garantías de privacidad, incluyendo la protección de su relación con su proveedor de atención médica y, si corresponde, con su proveedor de salud mental. Otras leyes aplicables que rigen la información confidencial (incluida la información sobre salud conductual, tratamiento de drogas y alcohol, y estado serológico respecto al VIH) pueden limitar aún más estos usos y divulgaciones.

A continuación, se incluyen descripciones y ejemplos de nuestros posibles usos y divulgaciones de su PHI, según lo permitan las leyes estatales y federales. Tenga en cuenta que no todos los posibles usos y divulgaciones se enumerarán en este Aviso, pero todas las formas en que podemos usar o divulgar su PHI se clasificarán dentro de una de las siguientes categorías.

- **Intercambio de información médica.** Participamos en varios Intercambios de Información Médica (Health Information Exchanges, HIE) electrónicos, incluyendo



NC HealthConnex, Care Everywhere de Epic y Carequality. Estos intercambios permiten a sus proveedores de tratamiento acceder de forma segura a su información médica cuando sea necesario, especialmente en emergencias o cuando consulte a un nuevo proveedor. A menos que usted indique lo contrario, su información médica se comparte y otros proveedores participantes pueden acceder a ella a través de estos intercambios. Tiene derecho a optar por no participar en estos intercambios, en la medida en que lo permita la ley y los requisitos del pagador. Optar por no participar en cualquier HIE no afectará su capacidad para recibir atención de parte nuestra o de nuestros proveedores afiliados. Sin embargo, puede limitar la capacidad de otros proveedores para acceder rápidamente a sus antecedentes médicos, especialmente en situaciones urgentes.

#### NC HealthConnex

NC HealthConnex es el sistema de información médica (HIE) estatal de Carolina del Norte que vincula sus historias clínicas de diferentes proveedores en una única historia clínica electrónica. Ayuda a los proveedores a tomar decisiones informadas, especialmente en emergencias o al coordinar la atención médica en múltiples entornos.

Si opta por no participar en NC HealthConnex, debe enviar un formulario de exclusión firmado a la Autoridad de Intercambio de Información Médica de Carolina del Norte (NC Health Information Exchange Authority, NC HIEA).

**Importante: No podemos enviar este formulario en su nombre.** Esto se debe a que NC HIEA exige que las solicitudes de exclusión provengan directamente del paciente para garantizar la correcta verificación de identidad y el consentimiento.

Optar por no participar impide que los proveedores vean sus datos en NC HealthConnex, pero no impide que los proveedores envíen datos si así lo exige la ley (por ejemplo, servicios financiados por Medicaid).

Puede optar por volver a participar en cualquier momento. Para esto, debe enviar un nuevo formulario a NC HealthConnex.

Los formularios y las instrucciones se pueden encontrar aquí: [Información sobre la exclusión de NC HIEA](#).

#### Care Everywhere de Epic

Care Everywhere es el sistema de información médica (HIE) integrado de Epic que permite a los proveedores que utilizan el sistema de historias



clínicas electrónicas (Electronic Health Record, EHR) de Epic compartir de forma segura su información médica entre organizaciones. Esto incluye hospitales, especialistas y otros proveedores a su cargo.

Si opta por no compartir ni recibir su información médica a través de Care Everywhere, debe enviar una solicitud por correo electrónico a:

[MedicalRecords@AvanceCare.com](mailto:MedicalRecords@AvanceCare.com) o [MedicalRecords@FastMed.com](mailto:MedicalRecords@FastMed.com)

Incluya su nombre legal completo e información de contacto en el mensaje de correo electrónico.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Al optar por no participar en el intercambio de Care Everywhere para una organización participante, se excluye de todas las organizaciones dentro de este OHCA.
- La exclusión voluntaria puede retrasar el acceso a su historia en caso de emergencias o al consultar a nuevos proveedores.
- Puede volver a participar en cualquier momento. Para esto, debe enviar una solicitud al correo electrónico de historias clínicas indicado anteriormente.

#### Carequality

Carequality es un marco de interoperabilidad nacional que conecta múltiples HIE y redes de EHR. Permite a los proveedores de diferentes sistemas intercambiar datos de pacientes de forma segura.

Si opta por no compartir ni recibir su información médica a través de Care Everywhere, debe enviar una solicitud por correo electrónico a:

[MedicalRecords@AvanceCare.com](mailto:MedicalRecords@AvanceCare.com) o [MedicalRecords@FastMed.com](mailto:MedicalRecords@FastMed.com)

Incluya su nombre legal completo e información de contacto en el mensaje de correo electrónico.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Al optar por no participar en el intercambio de Care Everywhere para una organización participante, se excluye de todas las organizaciones dentro de este OHCA.
- La exclusión voluntaria puede retrasar el acceso a su historia en caso de emergencias o al consultar a nuevos proveedores.



- Puede volver a participar en cualquier momento. Para esto, debe enviar una solicitud al correo electrónico de historias clínicas indicado anteriormente.
- **Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI para brindarle tratamiento o servicios médicos y así administrar y coordinar su atención médica. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI cuando necesite una receta médica, análisis de laboratorio, una radiografía u otros servicios de atención médica. Además, podemos usar y divulgar su PHI al hacerle una derivación a otro proveedor de atención médica.
- **Pago.** Podemos usar o divulgar su PHI para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos proporcionar a su plan de salud la PHI que necesite antes de poder pagarnos por los servicios que le brindamos. Su plan de salud también puede exigirnos que compartamos información con ellos para determinar si usted es elegible para recibir beneficios.
- **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su PHI para administrar, operar y respaldar las actividades comerciales de nuestra clínica. Esto incluye, entre otros, la obtención de licencias, la evaluación de calidad, la planificación empresarial y las actividades administrativas. Por ejemplo, podemos combinar datos de resultados de varios pacientes para evaluar la necesidad de nuevos productos, servicios o tratamientos. Podemos divulgar información a profesionales de atención médica, estudiantes y otro personal para fines de revisión y capacitación. También podemos combinar la información médica que tenemos con otras fuentes para ver cómo podemos mejorar. Podemos eliminar información que le identifique de este conjunto de información médica para proteger su privacidad y permitir que otros la utilicen para estudiar la atención médica sin conocer la identidad de residentes específicos. También podemos usar y divulgar información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal y su satisfacción con nuestros servicios.
- **Menores.** De conformidad con la legislación de Carolina del Norte, los menores, con o sin el consentimiento de sus padres o tutores, pueden recibir tratamiento confidencial para ciertas afecciones, incluyendo enfermedades venéreas y otras enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, atención médica relacionada con el embarazo, consumo de sustancias o alcohol, y trastornos emocionales. Los menores de 18 años solteros, no emancipados legalmente y no alistados en las fuerzas armadas pueden dar su consentimiento para dicho tratamiento sin la participación de un adulto. La información sobre estos servicios se mantendrá confidencial salvo en los siguientes casos:



- La divulgación se exige por ley (por ejemplo, sospecha de abuso o negligencia infantil).
- Un proveedor determina que informar a un parent o tutor es necesario para prevenir daños graves.
- Un parent o tutor solicita explícitamente el acceso a la información y la divulgación es legalmente permisible.

La PHI de menores generalmente estará disponible para los padres o tutores legales que actúen como representantes personales, a menos que al hacerlo se violen las protecciones de confidencialidad otorgadas por la ley estatal o federal.

- **Según lo exija la legislación y los procedimientos legales.** Utilizaremos o divulgaremos su PHI cuando así lo exija la legislación aplicable. Por ejemplo, podríamos compartir su PHI cuando sea necesario para denunciar una sospecha de abuso infantil. Podríamos utilizar y divulgar su PHI en respuesta a órdenes judiciales o administrativas, citaciones, solicitudes de presentación de pruebas u otros procesos legales.
- **Abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos divulgar su información médica a las autoridades competentes si tenemos motivos razonables para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, si creemos que un paciente fue o es actualmente víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica y el paciente acepta la divulgación, o si la legislación nos permite o nos exige hacerlo.
- **Aplicación de la ley.** Podemos usar y divulgar su PHI según lo exijan las leyes federales, estatales y locales. Por ejemplo, podemos divulgar cierta PHI si así lo solicita un agente policial en las siguientes circunstancias:
  - En respuesta a una orden judicial, citación, orden de detención, requerimiento o proceso similar.
  - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona desaparecida.
  - Sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener su consentimiento.
  - Sobre una muerte que consideremos que pueda ser consecuencia de una conducta delictiva.
  - Con respecto a una conducta delictiva en las instalaciones.
  - En situaciones de emergencia, para denunciar un delito, la ubicación de un delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

- **Para evitar una amenaza grave e inminente de daño.** De conformidad con la legislación aplicable y nuestros estándares éticos, podemos divulgar su PHI a las autoridades policiales u otras personas que puedan razonablemente prevenir o reducir la amenaza de daño para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público. Por ejemplo, la ley puede exigir dicha divulgación cuando una persona o grupo se identificó específicamente como objetivo o posible víctima de una amenaza.
- **Salud pública.** Podemos compartir su PHI para ciertas actividades de salud pública, como:
  - Prevención de enfermedades.
  - Para actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de dicho producto o actividad regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).
  - Ayuda con las retiradas de productos.
  - Notificación de reacciones adversas a los medicamentos.
  - Notificación sobre una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer y/o propagar una enfermedad o afección.
  - Entrega de prueba de vacunación a estudiantes sin autorización si usted aceptó dicha divulgación en nombre propio o de su dependiente.
- **Funcionarios forenses, médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un funcionario forense, médico forense o director de funeraria, según sea necesario, para que desempeñen sus funciones, de conformidad con la legislación aplicable. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a un funcionario forense con el fin de identificar a una persona fallecida.
- **Solicitudes de donación de órganos y tejidos.** Podemos compartir su PHI con organizaciones de obtención de órganos u otras entidades similares. Si usted es donante de órganos o tejidos, podemos usar o divulgar su información médica a organizaciones que colaboran con la donación y el trasplante de órganos, córneas y tejidos.
- **Actividades de supervisión sanitaria.** Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión sanitaria para auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otras actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con unidades gubernamentales que supervisan o monitorean el sistema de atención médica, los programas gubernamentales de beneficios y regulación, y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.



- **Investigación.** Podemos usar o compartir su PHI en determinadas circunstancias. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a una organización de investigación si una junta de revisión institucional o una junta de privacidad ha revisado y aprobado la propuesta de investigación, tras establecer protocolos para garantizar la privacidad de su información médica.
- **Funciones y actividades militares, de seguridad nacional y otras funciones y actividades gubernamentales especializadas.** Podemos divulgar su PHI a autoridades militares en determinadas circunstancias. Por ejemplo, si usted pertenece a las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI para actividades que las autoridades militares competentes consideren necesarias para determinar su elegibilidad para beneficios por parte del Department of Veterans Affairs (Departamento de Asuntos de Veteranos), o a autoridades militares extranjeras si usted es miembro de dicho servicio militar. Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de seguridad nacional e inteligencia o investigaciones especiales (incluida la prestación de servicios de protección al Presidente de los Estados Unidos, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros) o al Department of State (Departamento de Estado) para tomar decisiones de idoneidad médica.
- **Colaboradores comerciales.** En algunas ocasiones, podríamos compartir su PHI con un socio comercial, como un consultor, un proveedor de servicios en la nube u otro proveedor. Por ejemplo, mientras le brindamos servicios de atención médica, podríamos compartir su PHI con colaboradores comerciales para que nos ayuden a prestar servicios relacionados con la facturación, el apoyo administrativo o el análisis de datos. La HIPAA exige que estos colaboradores comerciales protejan su PHI. También podríamos compartir su PHI con un colaborador comercial, quien eliminará la información que le identifique para que la información restante pueda usarse o divulgarse para fines ajenos a este Aviso.
- **Recordatorios de citas.** Podríamos usar su PHI para enviarle recordatorios de citas. Podríamos comunicarnos con usted por correo postal, correo electrónico o teléfono. Podríamos usar el/los número(s) de teléfono que nos proporcione para dejarle mensajes de voz o enviarle mensajes de texto.

**USTED TIENE DERECHO A OPONERSE A CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) Y, A MENOS QUE SE OPONGA, PODEMOS USAR O DIVULGAR SU PHI EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:**

- **A familiares, amigos u otras personas involucradas en su atención médica.** Podemos compartir con un familiar, pariente, amigo u otra persona que



usted identifique la PHI directamente relacionada con la participación de esa persona en su atención médica o el pago de esta. Podemos compartir con un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención médica la PHI necesaria para notificarles sobre su ubicación, estado general o fallecimiento. Podemos compartir su PHI con estas personas si usted está presente o disponible antes de que compartamos su PHI con ellas y si no se opone a que la compartamos, o si creemos razonablemente que no se opondría a dicha divulgación. Si no está presente y ciertas circunstancias nos indican que sería lo mejor para usted, compartiremos información con un amigo, familiar o persona que usted indique, en la medida que sea necesario. Esto podría incluir compartir información con su familia o un amigo para que puedan recoger una receta médica en su nombre. Si desea oponerse a este uso o actualizar la información de las personas que identificó para este uso o divulgación de su PHI, utilice la información que se encuentra en la sección “Comuníquese con nosotros” de este Aviso.

- **Ayuda en caso de desastre.** En caso de desastre, podríamos divulgar su PHI a un organismo de ayuda pública o privada para notificar a sus familiares y amigos sobre su ubicación, afección o fallecimiento. Siempre que sea posible, le brindaremos la oportunidad de aceptar u oponerse.
- **Recaudación de fondos.** Podríamos utilizar cierta información (nombre, dirección, número de teléfono o correo electrónico, edad, fecha de nacimiento, sexo, estado del seguro médico, fechas de servicio, información del departamento de servicio, información del médico responsable o información sobre resultados) para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos, y usted tendrá derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones con cada solicitud. Por ejemplo, podría recibir una carta nuestra en la que se solicite una donación para apoyar la mejora de la atención, el tratamiento, la educación o la investigación de pacientes. Si optó por no participar, la HIPAA nos prohíbe realizar comunicaciones para recaudar fondos.

#### **CUALQUIER OTRO USO O DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO.**

Solo podemos usar y/o divulgar su PHI como se indica a continuación si obtenemos su autorización por escrito. Además, otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso solo se pueden realizar con su autorización. Si nos proporciona una autorización, puede revocarla en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito. La revocación no se aplica a la PHI que ya se haya usado o divulgado con su permiso. Usted



comprende que tenemos la obligación de conservar su historia clínica como registro de la atención que le brindamos. Puede obtener un formulario de autorización si lo solicita.

- **Notas de psicoterapia.** A menos que obtengamos su autorización por escrito, en la mayoría de los casos no divulgaremos sus notas de psicoterapia. Entre algunas circunstancias en las que divulgaremos sus notas de psicoterapia se incluyen las siguientes: para la continuación de su tratamiento; la capacitación de estudiantes y personal de medicina; para nuestra defensa en litigios; si la ley lo exige; para la supervisión sanitaria relacionada con su psicoterapeuta; para evitar una amenaza grave o inminente para usted o para terceros; y al perito o médico forense tras su fallecimiento.
- **Historias clínicas de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias.** No compartiremos ninguna historia clínica de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias sin su autorización por escrito, a menos que la ley lo permita o lo exija de otra manera. Para obtener más información, consulte las PROTECCIONES ESPECIALES DE CONFIDENCIALIDAD PARA HISTORIAS CLÍNICAS DE TRATAMIENTO DE PROGRAMAS PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS que se describen a continuación.
- **Servicios de marketing relacionados con la salud.** No utilizaremos su información médica con fines de marketing a menos que contemos con su autorización por escrito. Tenemos la obligación de obtener una autorización para fines de marketing si se proporciona comunicación sobre un producto o servicio y recibimos una remuneración económica (pago a cambio de dicha comunicación). No se requiere autorización si la comunicación se realiza en persona o para regalos promocionales.
- **Venta de la PHI.** No podemos divulgar PHI sin autorización si esta constituye una remuneración (pago a cambio de la PHI). Cualquier actividad que constituya una venta de su Información médica protegida requerirá su autorización previa por escrito. La "venta de la PHI" no incluye divulgaciones para fines de salud pública, ciertos fines de investigación, tratamiento y pago, ni para ningún otro fin permitido por la HIPAA, donde la única remuneración recibida es una "tarifa razonable en función del costo" para cubrir el costo de preparar y transmitir la PHI para dicho fin o una tarifa expresamente permitida por la legislación. Las transacciones corporativas (es decir, venta, transferencia, fusión, consolidación) también están excluidas de la definición de "venta".

#### **USTED CUENTA CON VARIOS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI.**

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



**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la PHI que usamos o divulgamos. Su solicitud debe presentarse por escrito al director de Privacidad, a la dirección que se indica a continuación. Si pagó el total de un servicio y solicitó que no compartamos la PHI relacionada con dicho servicio con un plan de salud, debemos aceptar la solicitud. Para cualquier otra solicitud para limitar cómo usamos o divulgamos su PHI, consideraremos su solicitud, pero no tenemos la obligación de aceptar la restricción. Si aceptamos su solicitud de restricción, la cumpliremos a menos que la información sea necesaria para un tratamiento de emergencia.

- **Derecho a solicitar un método alternativo de contacto.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos confidenciales de una cierta manera o en un lugar determinado. Su solicitud debe presentarse por escrito al director de Privacidad, a la dirección que se indica a continuación. Accederemos a la solicitud en la medida en que sea razonable. Por ejemplo, puede solicitar una dirección alternativa para fines de facturación.
- **Derecho a un informe sobre las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un “informe de divulgaciones” de su PHI sobre ciertas divulgaciones de su información médica durante los últimos seis años. Le proporcionaremos un informe de divulgaciones al año sin costo, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro informe de divulgaciones en un plazo de 12 meses. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al director de Privacidad, a la dirección que se indica a continuación.
- **Derecho para acceder, inspeccionar y copiar.** Tiene derecho a inspeccionar y/u obtener una copia de su PHI que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye historias clínicas y registros de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia ni de terapia para trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD). Para solicitar acceso a su historia y registros, debe completar una autorización por escrito para la divulgación de su PHI y enviarla al Medical Records Department (Departamento de Historias Clínicas) del proveedor que conserva dichos documentos. Tenga en cuenta que esta solicitud **no** debe enviarse a la Oficina de Privacidad, ya que esta no procesa solicitudes de historias clínicas. Si solicita una copia de su PHI, podríamos cobrarle una tarifa razonable para cubrir los costos asociados con la copia y el envío de la información. Si solicita una copia electrónica de la PHI que mantenemos en formato electrónico, le proporcionaremos una copia electrónica en el formato electrónico que solicitó, si la PHI se puede generar fácilmente en ese formato. En circunstancias muy limitadas, podríamos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su



información médica. Si se le deniega el acceso a su información médica, documentaremos nuestros motivos por escrito y le explicaremos su derecho a que se revise la denegación.

- **Derecho a modificaciones.** Si considera que cierta información médica protegida (PHI) que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información se conserve en nuestro consultorio. Para solicitar una modificación, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al director de Privacidad a la dirección que se indica a continuación. Debe justificar su solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye una justificación. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:
  - no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
  - no forma parte de la información médica que conservamos en nuestro consultorio;
  - no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
  - es precisa y completa.

Entre algunos ejemplos de solicitudes de modificación que **no** aprobaremos se incluyen los siguientes:

- Solicitudes para cambiar un diagnóstico realizado por un proveedor colegiado si este contaba con respaldo clínico en ese momento.
- Solicitudes para eliminar la documentación de síntomas, comportamientos o resultados de pruebas observados o registrados durante su visita.
- Solicitudes para modificar las notas del proveedor o las impresiones clínicas que reflejen su criterio profesional.
- Solicitudes para revisar los códigos de facturación o la documentación del seguro que se presentaron en función de los servicios prestados.

Si se deniega su solicitud de modificación, le explicaremos nuestros motivos por escrito. Tiene derecho a presentar una declaración en la que explique por qué no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud de modificación. Incluiríremos su declaración siempre que divulgemos la PHI pertinente.

- **Copia impresa o electrónica.** Si aceptó recibir este Aviso en formato electrónico, tiene derecho a obtener una copia impresa si la solicita.



- **Requisitos de notificación de infracciones.** La legislación nos exige notificarle en caso de una infracción de su PHI no protegida. Le notificaremos por escrito si nos enteramos de cualquier uso no autorizado de su PHI que no se haya protegido de forma adecuada, según lo exige la HIPAA. Se le notificará la situación y las medidas que debe tomar para protegerse de los daños derivados de la infracción.

### **CAMBIOS A ESTE AVISO.**

Nos reservamos el derecho a realizar cambios en nuestro Aviso, y los nuevos términos de nuestro Aviso tendrán validez para toda la PHI que mantengamos, creemos y/o recibamos antes de la fecha en que se realizaron los cambios. Antes de realizar un cambio significativo, este Aviso se modificará para reflejar los cambios y lo publicaremos en nuestro consultorio y en nuestro sitio web.

### **QUEJAS.**

Si en algún momento considera que se han violado sus derechos de privacidad y desea presentar una queja, puede hacerlo ante nosotros o ante el secretario del United States Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos). Si presenta una queja, no tomaremos medidas en su contra ni modificaremos nuestro trato con usted de ninguna manera.

Si desea presentar una queja, envíela por escrito al director de Privacidad de la organización que le brinda atención, usando los datos que se indican a continuación:

### **AVANCE CARE**

[PrivacyOfficer@AvanceCare.com](mailto:PrivacyOfficer@AvanceCare.com); o

Avance Care  
Attn: Privacy Officer  
4705 University Dr, Bldg 700  
Durham, NC 27707

### **FASTMED y FASTMED PRIMARY CARE**

[Compliance@FastMed.com](mailto:Compliance@FastMed.com); o

FastMed  
Attn: Privacy Officer  
P.O. Box 271  
Durham, NC 27702



Si desea presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, visite el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles ([www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/)), llame al 202-619-0257 (línea gratuita: 877-696-6775) o envíela por correo a:

Secretary of the US – Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave S.W.  
Washington, D.C. 20201

Para presentar una queja ante el secretario, debe 1) nombrar la clínica o la persona que, según usted, violó su derecho a la privacidad y describir cómo ese lugar o persona lo hizo; y 2) presentar la queja dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que supo o debería haber sabido que se produjo la infracción.

#### **AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN.**

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

#### **PROTECCIONES ESPECIALES DE CONFIDENCIALIDAD PARA LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE TRATAMIENTO DE PROGRAMAS PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Las historias clínicas relacionadas con su tratamiento para trastornos por consumo de sustancias están protegidas por la ley federal, específicamente la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), en la cual se proporcionan mayores garantías de confidencialidad. De conformidad con esta regulación, no podemos divulgar ninguna información que le identifique como paciente que recibe tratamiento para trastornos por consumo de sustancias, lo que incluye el diagnóstico, la derivación o la asistencia, sin su consentimiento por escrito, excepto en circunstancias limitadas, según lo permita la ley, que se describen más adelante. Estas protecciones se aplican de manera aún más estricta que la HIPAA y están diseñadas para animar a las personas a buscar tratamiento sin temor al estigma o a la discriminación. Usted tiene derecho a revocar su consentimiento en cualquier momento, y cualquier divulgación no autorizada de esta información está estrictamente prohibida por la legislación federal.

También debe saber:

1. Una infracción de las leyes y regulaciones federales que rigen el consumo de drogas o alcohol puede constituir un delito. Las presuntas infracciones pueden denunciarse ante el fiscal de los Estados Unidos al 617-748-3100.

2. Como se mencionó anteriormente, existen ciertas circunstancias limitadas en las que, por ley, se pueden realizar divulgaciones sobre trastornos por consumo de sustancias **sin el consentimiento del paciente**. Estas circunstancias incluyen, entre otras:

- *Emergencias médicas.* Se permite divulgar la información de identificación del paciente al personal médico que necesite información sobre un paciente para tratar una afección que represente una amenaza inmediata para la salud de cualquier persona y que requiera intervención médica inmediata.
- *Citaciones y divulgaciones por orden judicial.* Los programas pueden divulgar información de identificación del paciente en respuesta a una citación SOLO SI el paciente firma un consentimiento que permite la divulgación de la información solicitada en la citación. Si el paciente no da su consentimiento, los programas tienen prohibido divulgar información en respuesta a una citación, a menos que un tribunal haya emitido una orden judicial que cumpla con la legislación.
- *Denuncia de abuso o negligencia infantil o de personas mayores.* Los programas pueden divulgar información de identificación del paciente para cumplir con las leyes estatales que exigen la denuncia de abuso y negligencia infantil o de personas mayores.
- *Delitos cometidos en las instalaciones del programa o contra el personal del programa.* Los programas pueden divulgar información limitada de identificación del paciente a agentes del orden público.
- *Organización de servicios calificada.* Los programas pueden divulgar información de identificación del paciente a una organización de servicios calificada (Qualified Services Organization, QSO).
- *Actividades de investigación.* Los programas pueden permitir que un investigador acceda a las historias clínicas de sus pacientes, siempre que se cumplan ciertas garantías.
- *Actividades de auditoría o evaluación.* Los programas pueden divulgar información de identificación del paciente a personas cualificadas que realicen una auditoría o evaluación del programa, sin el consentimiento del paciente, siempre que se cumplan ciertas garantías.
- *Intención del paciente de hacerse daño a sí mismo o a otras personas, incapacidad para cuidar de sí mismo o declaración judicial de “incompetencia” para manejar su propia vida.* Los programas pueden divulgar información limitada de identificación del paciente a agentes del orden público o a sistemas médicos de emergencia.



## **COMUNÍQUESE CON NOSOTROS.**

Tenemos la obligación por ley de proporcionar a las personas este Aviso sobre nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. También tenemos la obligación de mantener e implementar medidas de seguridad para preservar la privacidad de la PHI y cumplir con los términos del Aviso vigente. Si tiene preguntas sobre sus derechos de privacidad, desea ejercer alguno de los derechos descritos en este Aviso o necesita ayuda para excluirse de un intercambio de información médica, comuníquese directamente con la organización que le brinda atención médica. Cada organización es responsable de sus propias prácticas de privacidad y no puede actuar en nombre de otra. Por ejemplo, si su proveedor pertenece a Avance Care, comuníquese directamente con Avance Care. Si su proveedor pertenece a FastMed, comuníquese con FastMed. Esto garantiza que su solicitud se gestione adecuadamente y de acuerdo con las leyes aplicables.

### **AVANCE CARE**

[PrivacyOfficer@AvanceCare.com](mailto:PrivacyOfficer@AvanceCare.com); o

Avance Care  
Attn: Privacy Officer  
4705 University Dr, Bldg 700  
Durham, NC 27707

### **FASTMED y FASTMED PRIMARY CARE**

[Compliance@FastMed.com](mailto:Compliance@FastMed.com); o

FastMed  
Attn: Privacy Officer  
P.O. Box 271  
Durham, NC 27702