

# Aviso de prácticas de privacidad de FAU

Revisado: 1 de septiembre de 2020

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DE ESTATUS HÍBRIDO

para

la Junta Directiva de Florida Atlantic University, un  
organismo público del Estado de Florida  
777 Glades Road, Boca Raton, Florida 33431

Página web: <http://www.fau.edu/hipaa>

**EN EL PRESENTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LE ROGAMOS QUE LO LEA CON ATENCIÓN.**

**Estatus de entidad híbrida** – En términos de la HIPAA, una Entidad Híbrida es una única entidad jurídica con actividades empresariales que abarca tanto servicios médicos (o “Componentes protegidos”) como actividades no médicas (o “Componentes no protegidos”). Florida Atlantic University ha designado a su facultad de Medicina, facultad de Enfermería, Servicios de Salud para los Estudiantes y la clínica de Trastornos y Ciencias de la Comunicación de la facultad de Educación componentes protegidos. Todos los demás componentes de Florida Atlantic University han sido designados componentes no protegidos. Todas las actividades desarrolladas por los miembros de nuestra plantilla laboral de los componentes protegidos están sujetos a nuestra política y procedimientos HIPAA. No obstante, si los miembros de nuestra plantilla laboral asociados con los componentes no protegidos necesitan acceder a o usar su Información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), también estarán sujetos a nuestra política de privacidad y seguridad de su información.

## **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

### **Breve resumen**

#### **Sus derechos**

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia en papel o electrónica de su historial médico
- Rectificar su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial e incluso elegir a una persona que le represente
- Solicitar límites en cuanto a la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Presentar una denuncia si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

## **Sus opciones**

Usted posee cierto margen de elección en cuanto a la manera en la que usamos y compartimos su información al:

- Informar a su familia y amigos acerca de su condición
- Proporcionar ayuda en casos de catástrofe y/o recaudar fondos
- Incluirle en un directorio de hospital
- Proporcionar atención psicológica
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

## **Nuestros usos y divulgaciones**

Puede que compartamos su información al:

- Tratarle, dirigir nuestra organización y obtener pago por nuestros servicios
- Ayudar en cuestiones de salud pública y seguridad, llevar a cabo investigaciones y ejercer la enseñanza
- Cumplir con la ley, orden público o entidades de supervisión, responder a demandas y acciones legales
- Trabajar con la donación de órganos y tejidos, peticiones de examinadores médicos o directores de funeraria
- Abordar indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras peticiones gubernamentales.

---

## **Ejercer sus derechos**

Cuando se trata de la información sobre su salud, usted dispone de determinados derechos. En este apartado se explican sus derechos y algunas de sus responsabilidades:

### **Obtener una copia en papel o electrónica de su historial médico**

- Usted puede pedir ver u obtener una copia en papel o electrónica de su historial médico y otra información acerca de su salud que tengamos, salvo en casos muy limitados. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o resumen de la información sobre su salud, normalmente en los 30 días siguientes a su solicitud. Es posible que se le cobre una tarifa razonable basada en el coste.

### **Solicitar que rectifiquemos su historial médico**

- Puede solicitarnos la rectificación de aquella información acerca de su salud que usted crea que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos negarnos a su petición, pero le diremos por escrito las razones de nuestra negativa en los 60 días siguientes e incluiremos la información sobre dicha solicitud en su historial. Le describiremos sus derechos a entregarnos una declaración que demuestre su desacuerdo con la negativa.

### **Solicitar comunicación confidencial**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a través de su teléfono de casa o de su oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Puede solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de cuestiones relacionadas con su salud de cierta manera o en un determinado lugar.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

### **Solicitar límites en cuanto a la información que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información sobre su salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podríamos negarnos si esto afectase a su cuidado. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia, sea requerido por la ley, o se requiera su divulgación como figura en este aviso.
- Si usted paga el total de un servicio o un artículo de asistencia médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o de nuestras interacciones con su seguro de salud. Aceptaremos su solicitud a menos que la ley requiera que compartamos dicha información.

### **Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información**

- Puede pedirnos una lista (informe) del número de veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha que usted nos solicita, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos toda la revelación de información salvo aquella sobre su tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera de las que usted podría habernos solicitado). De manera gratuita le proporcionaremos un informe anual, aunque se le cobrará una tarifa razonable basada en el coste por solicitudes adicionales en los 12 meses siguientes.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

- Puede pedir una copia en papel de este aviso en todo momento, incluso si usted ha acordado recibir el aviso electrónicamente.
- Puede obtener una copia electrónica de este aviso en nuestra página web: [<http://www.fau.edu/hipaa>].

### **Derecho a la violación/incumplimiento de este aviso**

- Usted tiene derecho a, y recibirá notificación en caso de, una violación de su información, salvo que dicha notificación esté exenta por ley.

### **Elegir una persona que le represente**

- Si usted ha nombrado a una persona mediante un poder legal médico o si tiene un tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la información de su salud.
- Nos aseguraremos de que la persona posea dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos cualquier medida.

### **Presentar una querrela si usted cree que sus derechos han sido violados**

- Puede presentar una querrela si usted cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros (Vea página 1).
- Puede presentar una querrela ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No le penalizaremos ni tomaremos represalias en su contra si usted presenta una querrela.

### **Ejercer sus opciones**

Para cierta información médica, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que nosotros compartimos. Si usted tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber. Seguiremos sus instrucciones y requeriremos a dichas personas que presenten evidencias de su identidad.

En estos casos, usted tiene tanto derecho como opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de ayuda en situaciones catastróficas
- Incluyamos su información en el directorio de pacientes

En caso de que usted no pueda indicarnos sus preferencias, por ejemplo, si usted está inconsciente, podríamos seguir adelante y compartir su información si consideramos que es para su bien. También, podríamos compartir su información, incluso aunque esté en desacuerdo, cuando sea necesario disminuir una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad o en situaciones de emergencia.

En estos casos nunca compartiremos su información salvo que nos autorice por escrito o lo requiera la ley:

- Fines comerciales
- Venta de su información
- En la mayoría de los casos el compartir notas de psicoterapia (a excepción de ciertas circunstancias)

Es posible que usemos cierta información (nombre, dirección, números de teléfono, correo electrónico, edad, fecha de nacimiento, género, estatus sobre su seguro médico, fechas de

servicios sanitarios, departamento del servicio informativo, información sobre el médico que le esté tratando o información general sobre los resultados) para contactarle acerca de actividades de recaudación de fondos y puede que usemos esta información con nuestra Fundación con el mismo propósito. En caso de que le contactemos por motivos de recaudación de fondos, usted puede pedirnos en cualquier momento que no le contactemos más con dichos fines. Por favor, póngase en contacto con nosotros por correo electrónico: [OPTOUT@fau.edu](mailto:OPTOUT@fau.edu) o llámenos al teléfono gratuito: 888-605-0459. No es un requisito que esté de acuerdo en aceptar este tipo de comunicaciones y cumpliremos su solicitud si desea que no le contactemos con dichos fines tan pronto como recibamos su decisión. Su decisión no afectará su tratamiento o pago de los servicios.

### **Nuestros usos y divulgaciones permitidos y requeridos**

¿Cómo utilizamos o compartimos información sobre su salud? Normalmente, utilizamos o compartimos información sobre su salud sin su autorización por escrito de las formas que se indican a continuación:

**El tratamiento y la coordinación del cuidado de su salud** – Podemos usar información médica y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.

*Ejemplo: Un doctor que le está tratando por una lesión pregunta a otro doctor sobre su estado de salud general.*

**El funcionamiento de nuestra organización** – Podemos utilizar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestras prácticas, operar nuestra Organización por la seguridad del paciente, mejorar nuestros servicios y su cuidado, enseñar a nuestros estudiantes y contactarle cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos su información médica para gestionar su tratamiento y servicios.*

**Pago por nuestros servicios** – Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pueda pagar por sus servicios.*

### **¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?**

Podemos o se nos requiere compartir su información sin su autorización de otras maneras—normalmente cuando esto contribuya al bien público como la salud pública y la investigación. Algunas de estas maneras se hallan enumeradas a continuación. Tenemos que cumplir muchas condiciones previstas por la ley antes de que podamos compartir su información con estos fines. Para más detalles diríjase a:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Contribuir a velar por la salud pública y cuestiones de seguridad**

Podemos compartir su información médica en ciertas circunstancias como:

- Prevención de enfermedades

- Notificación a personas que hayan estado expuestas a enfermedades o que puedan estar en peligro de contraer o propagar una enfermedad o afección
- Asistencia con la retirada de productos
- Informar sobre reacciones adversas a medicamentos
- Informar de nacimientos y muertes
- Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier individuo

### **Investigación y enseñanza**

Podemos utilizar su información para investigación médica o para reunir información en bases de datos que se emplearán en investigaciones (sujetas a revisión y aprobación de un consejo de revisión institucional) y, salvo que usted se oponga, para que nuestros estudiantes o médicos residentes que estudian la profesión médica observen y participen en nuestras interacciones, exámenes y tratamientos.

### **Cumplir con la ley**

Compartiremos su información si la ley estatal o federal así lo requiere, incluido el Departamento de Salud y Servicios Sociales si este desea comprobar que estamos cumpliendo con las leyes de privacidad federal.

### **Responder a peticiones de donación de órganos o tejidos.**

Podemos compartir su información médica con las organizaciones encargadas de procurar los órganos y los tejidos.

### **Trabajar con un examinador médico o director de funeraria cuando fallece un individuo**

Podemos compartir su información médica con un forense, examinador médico o director de funeraria.

### **Abordar indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras peticiones gubernamentales.**

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- Para reclamos de compensación al trabajador
- Para efectos de la aplicación de la ley o con un agente de las fuerzas del orden
- Con agencias que se ocupan de supervisar el sistema de salud para actividades autorizadas por ley (tales como agencias que asegurar el cumplimiento con los requisitos de licencias o acreditación)
- Para funciones especiales gubernamentales (tales como militares, seguridad nacional, y servicios de protección presidencial)
- Con autoridades de comando militar, si usted pertenece a las fuerzas armadas
- Con instituciones penitenciarias que lo tengan a usted bajo custodia legal, según sea necesario para su salud y seguridad y la de otros individuos.

### **Responder a demandas y acciones legales/medidas legales**

- Podemos compartir información de su salud médica en respuesta a una orden judicial, administrativa o a una comparecencia.

### **Socios comerciales**

- Podemos compartir su información con nuestros socios comerciales para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones del cuidado de su salud en su nombre.

### **Nuestras responsabilidades**

- Por ley se nos requiere mantener la privacidad y seguridad de la Información médica protegida y proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas privadas respecto a su información médica.
- Usted tiene derecho a saber, y le informaremos de inmediato, si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información, salvo que tal notificación esté exenta por ley. Nuestro aviso puede verse retrasado si así nos lo ordena la ley.
- Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad en este aviso y proporcionarle una copia de este.
- Otros usos y divulgaciones de información médica que no estén cubiertos en este aviso o en la ley que nos regula se harán sólo con su autorización por escrito. Si usted proporciona permiso para usar o divulgar información médica, usted puede revocar dicho permiso por escrito en todo momento. Si usted revoca su permiso, no usaremos ni divulgaremos su información médica por los motivos expuestos en su revocación. No podemos retractarnos de ninguna divulgación que hayamos hecho anteriormente con su consentimiento.

Debe mantenernos informados de cualquier cambio en su información de contacto, tales como su dirección postal y su número, de manera que le podamos contactar en caso necesario.

Para más información diríjase a:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios de las condiciones de este aviso**

Podemos cambiar las condiciones de este aviso y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si los cambios son significativos, le facilitaremos un aviso actualizado. El nuevo aviso estará disponible previa petición en nuestras oficinas y en nuestra página web.

### **Información de contacto para preguntas o comentarios**

Responsable del departamento de confidencialidad:

561-297-3004

[privacy@fau.edu](mailto:privacy@fau.edu)

