

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE MIAMI

FFCHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 29 de octubre de 2017

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA DETENIDAMENTE.

CUANDO SE APLICA EL AVISO

Este aviso resume las prácticas de privacidad del Sistema de Salud de la Universidad de Miami (“UHealth”) que incluye el Hospital y las Clínicas de la Universidad de Miami (University of Miami Hospital and Clinics, UMHC), los profesionales médicos de la Universidad de Miami (conocido también como el grupo médico de la Universidad de Miami), los componentes de atención sanitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Miami, su fuerza laboral, personal médico, médicos y otros profesionales de atención sanitaria que le brindan tratamiento y cuidados sanitarios. Podemos compartir información de salud protegida, incluida la información electrónica sobre salud protegida (“Información de Salud”), acerca suyo dentro del sistema de UHealth para los fines que se describen en este aviso.

¿QUÉ ES LA INFORMACIÓN DE SALUD?

La Información de Salud es la información sobre usted que recopila UHealth cuando usted es un paciente que se identifica. La Información de Salud incluye información como, por ejemplo, su nombre, fecha de nacimiento, fechas de los servicios, diagnóstico, tratamientos, información genética, información financiera, medicamentos, información demográfica (nombre, dirección, números de teléfono de su domicilio, celular y trabajo, direcciones de correo electrónico y número de seguridad social), fotografías, etc. Esta información es importante porque le permite al personal médico tratarlo más efectiva y eficientemente.

QUIÉN CUMPLE CON ESTE AVISO

Todos los empleados, personal médico, aprendices, estudiantes, voluntarios y agentes dentro de UHealth deben cumplir estas prácticas de privacidad.

NUESTRAS OBLIGACIONES

Estamos obligados por ley a:

- mantener la confidencialidad de la Información de Salud;
- darle este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a la Información de Salud; y
- cumplir con los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que estén vigentes en ese momento.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

Cuando usted recibe servicios o tratamiento de UHealth, se le pedirá que firme un formulario de consentimiento por medio del cual usted nos permite usar y revelar la Información de Salud acerca de usted en las formas que permite la ley federal de privacidad, según resume este aviso. Sin embargo, algunas clases de Información de Salud son objeto de una protección especial y separada de su privacidad en virtud de las leyes del Estado de Florida u otras leyes federales, por lo que algunas partes de este aviso quizás no se apliquen. Si usted recibe servicios o tratamiento del programa contra el consumo de alcohol o por abuso de sustancias, usted recibirá un aviso por separado que describe cómo podemos usar, revelar y proteger la privacidad de la Información de Salud respecto a su tratamiento contra el alcohol o abuso de sustancias. Además, se aplican normas especiales a los resultados de los exámenes del virus de la inmunodeficiencia humana (“VIH”) que lo identifican o identifican el hecho de que se le realizó un examen del VIH (“resultados de exámenes de VIH”). La sección a continuación denominada “Cómo podemos usar y revelar los resultados de exámenes de VIH” describe cómo podemos usar y revelar este tipo de Información de Salud. Por último, la sección a

continuación denominada “Cómo podemos usar y revelar las notas de la psicoterapia” describe cómo podemos usar y revelar las notas de las sesiones de psicoterapia en las cuales usted participa.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

En la *mayoría* de las circunstancias, los siguientes usos y revelaciones de Información de Salud requerirán que usted firme una autorización escrita para: (1) usos y revelaciones de las notas de psicoterapia; (2) usos y revelaciones of Información de Salud para fines de marketing; (3) usos y revelaciones of Información de Salud cuando UHealth recibe un pago a cambio de revelar tal Información de Salud y (4) todos los otros usos y revelaciones of Información de Salud que no se describen en este aviso.

USOS Y REVELACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Las categorías siguientes de actividades describen los modos en que podemos usar y revelar la Información de Salud sin obtener su autorización escrita previa. Algunas de las categorías incluyen ejemplos, pero no todos y cada uno de los usos o revelaciones incluidos en una categoría. Excepto por las categorías de actividades que se describen a continuación, usaremos y revelaremos Información de Salud solo con su permiso escrito. Si usted da su permiso para usar y revelar la Información de Salud (incluidos los resultados de exámenes de VIH y las notas de la psicoterapia) para un propósito que no se enumera en este aviso, usted puede revocar su permiso en cualquier momento enviando una solicitud escrita a nuestra Oficina de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso o por correo electrónico a privacy@med.miami.edu. Una vez que haya revocado su autorización, UHealth tomará las medidas apropiadas para evitar cualquier uso o revelación posterior de la Información de Salud. Sin embargo, no podemos retractarnos de los usos o revelaciones ya hechos con su permiso.

- a) ***Para el tratamiento.*** Podemos usar Información de Salud para brindarle tratamiento o servicios de atención sanitaria. Podemos revelar Información de Salud a doctores, enfermeras, técnicos, u otro personal, incluso a personas fuera de nuestros establecimientos o clínicas que estén involucradas en su atención médica. Por ejemplo, podemos contarle a su médico de cabecera acerca de su tratamiento en UHealth, o darle Información de Salud a un especialista para que le provea servicios adicionales de atención sanitaria, según corresponda para su tratamiento.
- b) ***Para el pago.*** Podemos usar y revelar Información de Salud para que nosotros, u otros, puedan facturarle o que reciba su pago un programa del gobierno, una empresa aseguradora u otro tercero responsable. Por ejemplo, podemos dar información al plan de salud acerca de su tratamiento, para que su plan de salud pueda pagar el costo de ese tratamiento. También podemos informarle a su plan de salud acerca de los servicios que va a recibir para obtener la aprobación previa o determinar si su plan cubrirá los servicios.
- c) ***Para el funcionamiento de la atención sanitaria.*** Podemos usar y revelar Información de Salud para el funcionamiento de la atención sanitaria, que implica actividades administrativas para el funcionamiento de UHealth. Estos usos y revelaciones son necesarios para mantener una atención de calidad al brindar los servicios a nuestros pacientes y para nuestra empresa y su gestión. Por ejemplo, podemos usar Información de Salud para rever la adecuación y calidad de la atención que nuestros pacientes reciben.
- d) ***Recordatorios de consultas, tratamientos alternativos y beneficios y servicios relacionados con la salud.*** Podemos usar y revelar Información de Salud para contactarlo y recordarle acerca de una consulta que usted tenga programada con nosotros. También podemos usar y revelar Información de Salud para informarle acerca de opciones, alternativas, beneficios relacionados con los tratamientos o servicios que puedan ser de su interés.
- e) ***Actividades de recaudación de fondos.*** Podemos usar su información demográfica (por ejemplo, nombre, dirección, números de teléfono y demás información de contacto), las

fechas en que se le brindó atención sanitaria, el estado de su atención sanitaria, el departamento y el/los médico(s) que le brindaron servicios y la información sobre el resultado de su tratamiento para comunicarnos con usted para recaudar fondos en apoyo a UHealth y otras organizaciones sin fines de lucro con quienes la Universidad está llevando a cabo un proyecto conjunto de recaudación de fondos. También podemos revelar esta información a una fundación relacionada o a nuestros asociados comerciales para que ellos puedan contactarlo para recaudar fondos para nosotros y otras organizaciones sin fines de lucro con quienes la Universidad está llevando a cabo un proyecto conjunto de recaudación de fondos. Por ejemplo, puede recibir invitaciones a eventos de recaudación de fondos u otro tipo de correspondencia referida a eventos de la Universidad, programas relacionados y otros programas de recaudación de fondos.

- f) **Directorio del establecimiento.** Si usted es paciente en un establecimiento de UHealth, podemos enumerar su nombre, condición general (p. ej., favorable, crítica) y ubicación en nuestro directorio del hospital, a menos que usted nos solicite que no lo hagamos. Podemos revelar esta información a cualquiera que pida por usted por su nombre.
- g) **Clérigos.** Podemos revelar la información que aparece en nuestro directorio del establecimiento y la información que usted elige proporcionarnos respecto a su filiación religiosa a integrantes del clero para su uso y revelación en sus actividades religiosas.
- h) **Individuos involucrados en su atención o pago de su atención.** Podemos revelar Información de Salud a una persona, como, por ejemplo, un familiar o amigo, que participa de su atención médica o ayuda a pagar por su atención. También podemos notificar a esos individuos acerca de su ubicación o estado general, o revelar tal información a una entidad que presta asistencia en los esfuerzos dirigidos a aliviar los casos de desastres.
- i) **Investigación.** En virtud de ciertas circunstancias, como un centro médico académico, podemos usar y revelar Información de Salud para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento o tratamiento con quienes recibieron otro, para la misma enfermedad. Antes de que usemos y revelemos Información de Salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la Información de Salud para sopesar los beneficios de la investigación con la necesidad de confidencialidad de la Información de Salud. También podemos permitir a los investigadores que miren los registros para ayudarles a identificar a los pacientes que puedan estar incluidos en su proyecto de investigación o para fines similares.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Además de lo anterior, podemos usar y revelar Información de Salud en las siguientes circunstancias especiales:

- j) **Según lo exija la ley.** Podemos revelar Información de Salud cuando lo exija hacerlo la ley internacional, federal, estatal o local.
- k) **Para evitar una grave amenaza a la salud o seguridad.** Podemos usar y revelar Información de Salud cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad del público o de cualquier otra persona. No obstante, toda revelación se hará a alguien que creemos que puede ayudar a evitar la amenaza.
- l) **Asociados comerciales.** Podemos revelar Información de Salud a los asociados comerciales que contratamos para proveer servicios en nuestro nombre si se necesita la información para tales servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para que brinde los servicios de facturación en nuestro nombre. Nuestros asociados están obligados por ley y en virtud de contratos con nosotros a proteger la confidencialidad de la Información de

Salud. No se permite que nuestros asociados comerciales usen o revelen cualquier Información de Salud que no esté especificada en nuestro contrato con ellos.

- m) **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos revelar su Información de Salud a las organizaciones que gestionan la dación de órganos, trasplantes de órganos, córneas o tejidos o a cualquier banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.
- n) **Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar Información de Salud según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos revelar Información de Salud a las autoridades militares extranjeras apropiadas si usted es miembro de fuerzas armadas extranjeras.
- o) **Compensación de los trabajadores.** Podemos revelar Información de Salud según lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con los programas de compensación de los trabajadores, o similares. Estos programas brindan beneficios para casos de lesiones o enfermedades laborales.
- p) **Riesgos a la salud pública.** Podemos revelar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen revelar información para la prevención y control de enfermedades, lesiones o discapacidad; informes de nacimientos y fallecimientos; informes de abuso o maltrato infantil; informes de reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de retiradas de productos que puedan estar en uso; rastrear determinados productos y controlar su uso y efectividad; si está autorizado por la ley, notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección y realizar una supervisión médica de nuestros establecimientos en ciertas circunstancias limitadas con respecto a enfermedades o lesiones laborales. También podemos revelar Información de Salud a una autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica; sin embargo, solo revelaremos esta información si el paciente está de acuerdo o cuando estemos obligados o autorizados por ley.
- q) **Actividades de vigilancia sanitaria.** Podemos revelar Información de Salud a un organismo de vigilancia sanitaria para las actividades autorizadas por ley. Estas actividades de vigilancia incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciamiento de nuestra instalaciones y proveedores. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención sanitaria, los programas del gobierno y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- r) **Litigios y disputas.** Si está involucrado en un litigio o disputa, podemos revelar Información de Salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar Información de Salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento de pruebas u otro proceso legal de alguien más involucrado en una disputa, pero solo si se realizaron esfuerzos para informarle acerca de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
- s) **Aplicación efectiva de la ley.** Podemos revelar Información de Salud si lo solicita un oficial de la fuerza pública por algunos de los siguientes motivos: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden de allanamiento, notificación judicial o proceso similar; (2) información limitada para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida; (3) acerca de la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona; (4) acerca de una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) acerca de evidencia de conducta criminal en nuestras instalaciones y (6) en circunstancias de emergencia para informar de un delito, la ubicación del delito, las víctimas o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

- t) **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos revelar Información de Salud a un médico forense o examinador médico. En algunas circunstancias esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. Podemos también revelar Información de Salud a los directores de funerarias, según sea necesario para sus tareas.
- u) **Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Podemos revelar Información de Salud a funcionarios federales autorizados por inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.
- v) **Servicios de protección para el Presidente y otros.** Podemos revelar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas, jefes de estados extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.
- w) **Reclusos y personas en custodia.** En el caso de reclusos de una institución correccional o que estén bajo la custodia de un oficial de la fuerza pública, podemos revelar Información de Salud a la institución correccional o al oficial de la fuerza pública correspondiente. Solo se hará esto si es necesario (1) para que la institución le provea atención sanitaria; (2) para proteger su salud y seguridad de otros o (3) por la seguridad y protección de la institución correccional.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE VIH

Podemos usar y revelar los resultados de los exámenes de VIH para los fines antes descritos solo si usted da su permiso para usar y revelar estos resultados de los exámenes de VIH junto con sus registros clínicos al momento del examen. Si usted no da tal permiso, solo podemos usar y revelar esta información para los fines limitados siguientes sin su autorización escrita: (1) para un tratamiento de atención sanitaria (según se describe anteriormente) y para brindarle servicios de atención sanitaria, tales como informar a un especialista acerca de su condición con relación al VIH para permitir que el especialista le provea servicios adicionales; (2) para el pago (según se describe anteriormente), tales como recopilar o revisar registros como parte de la facturación de rutina; (3) para el funcionamiento de la atención sanitaria (según se describe anteriormente), como, por ejemplo, para permitir a nuestro personal de los establecimientos de salud controlar o evaluar nuestros programas; (4) a las agencias de colocación de niños en adopción o de cuidado de niños, hogares sustitutos, centros residenciales o de programas comunitarios de atención que estén directamente involucrados en la colocación, cuidado, control o custodia y que tengan necesidad de saber dicha información; (5) a una pareja con quien comparte sexo o agujas de acuerdo con la ley aplicable; (6) al Departamento de Salud de Florida para fines de informes de la salud pública y control de enfermedades, de acuerdo con la ley aplicable; (6) a organizaciones que gestionen, procesen, distribuyan o usen órganos, córneas o tejidos para donación; (7) a los investigadores médicos y epidemiológicos autorizados; (8) de acuerdo con una orden judicial válida que específicamente nos exija revelar los resultados de los exámenes de VIH; (9) si un oficial, personal de la fuerza pública, bombero, conductor de ambulancia, paramédico o técnico médico de emergencia se comunica con una persona de forma tal que haya ocurrido una exposición significativa al VIH, entonces nosotros podemos revelar esos resultados de los exámenes de VIH a una persona que estuvo expuesta significativamente al VIH.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR LAS NOTAS DE LA PSICOTERAPIA

Se exigen generalmente autorizaciones separadas para la mayoría de los usos y revelaciones de las notas de psicoterapias. Solo podemos usar y revelar las notas tomadas durante un asesoramiento psicoterapéutico que usted recibió de UHealth para los fines limitados siguientes: (1) para un tratamiento de atención sanitaria (según se describe anteriormente) y para brindarle servicios de atención sanitaria, tales como que un médico revise sus notas antes de su sesión de terapia; (2) para defender a la Universidad de Miami en un proceso legal u otro procedimiento, como, por ejemplo, proporcionar las notas de la psicoterapia a nuestros

abogados que defienden a la Universidad de Miami en un caso judicial; (3) cuando lo exija la ley (según se describe anteriormente) en virtud de leyes internacionales, federales, estatales o locales; (4) a un organismo de supervisión de la salud para actividades de supervisión que involucren al creador de las notas (según se describe anteriormente); (5) para identificarlo a un forense o médico examinador (según se describe anteriormente); (6) cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave a la salud y seguridad (según se describe anteriormente).

SUS DERECHOS

Usted tiene los derechos siguientes, sujetos a ciertas limitaciones, respecto a la Información de Salud que conservamos sobre usted:

- a) **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia y/o decirnos dónde mandar una copia de la Información de Salud que se pueda usar para tomar decisiones acerca de su atención o el pago de su atención, incluida la información que se conserva en registros médicos electrónicos. Usted también puede acceder a sus registros médicos en línea electrónicamente con MyUHealthChart, disponible en www.MyUHealthChart.com.

Tenga en cuenta que puede haber un cargo por las copias en papel o electrónicas de sus registros.

- b) **Derecho a modificar.** Si usted siente que la Información de Salud que tenemos es incorrecta o está incompleta, usted nos puede pedir que modifiquemos la información. Usted tiene el derecho a solicitar una modificación por el tiempo que mantengamos la información o se conserve para nosotros. Usted debe decirnos la razón para su solicitud.

Podemos desestimar su solicitud de una modificación a su registro. Podemos hacerlo si su solicitud no es por escrito o no incluye una razón que apoye la solicitud. También podemos rechazar su solicitud si usted nos pide modificar información que:

- no creamos nosotros;
- no es parte de los registros usados para tomar decisiones acerca suyo;
- no es parte de la información que se le permite inspeccionar y/o de la cual pueda recibir una copia o
- es precisa y está completa.

- c) **Derecho a un relato de las revelaciones.** Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, un relato de ciertas revelaciones de Información de Salud que se hicieron para fines que no sean de tratamiento, pago de atención o funcionamiento de la atención de salud. Usted tiene derecho a un relato de las revelaciones en todo período de 12 meses sin cargo. Para cualquier relato adicional solicitado dentro del mismo período de 12 meses, podemos cobrar una tarifa basada en el costo.

- d) **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la Información de Salud que nosotros usemos o divulguemos para tratamiento, pago o funcionamiento de la atención sanitaria. Usted tiene el derecho a solicitar un límite sobre la Información de Salud que revelamos acerca suyo a alguien que esté involucrado en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no compartamos información acerca de su cirugía con su cónyuge. **No estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con su solicitud a menos que necesitemos usar la información en determinadas situaciones de tratamiento de emergencia.

Además, usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos la revelación de Información de Salud a su plan de salud si se revela para fines del funcionamiento del cuidado de salud (y no es con el objeto de realizar un tratamiento) y la Información de Salud pertenece

exclusivamente a un artículo o servicio de atención sanitaria que usted pagó en su totalidad, y UHealth debe cumplir con tal solicitud. No se exige a UHealth que cumpla con su solicitud si usted no paga por el servicio por completo.

- e) **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas en un modo determinado o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que lo contactemos por correo o en el trabajo solamente. Su solicitud debe especificar cómo y dónde usted desea que lo contactemos. Nos amoldaremos a las solicitudes razonables.
- f) **Derecho a excluirse de las comunicaciones para recaudar fondos.** Usted tiene el derecho a solicitar 'excluirse' de las comunicaciones para recaudar fondos. Usted puede hacerlo enviando un correo electrónico con su nombre completo, dirección y número de teléfono a medoptout@med.miami.edu. Como alternativa, puede enviar la misma información por correo a la Oficina de Privacidad a la dirección que aparece más adelante. El plazo normal del procedimiento puede tomar hasta dos (2) semanas desde la fecha de recepción. Durante el plazo del procedimiento, usted puede continuar recibiendo comunicaciones de recaudación de fondos hasta que nuestro sistema esté actualizado.
- g) **Derecho a una copia de papel de este aviso.** Usted tiene el derecho a obtener una copia de papel de este aviso. Usted puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso aunque haya aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en cualquier momento en el sitio web de la Oficina de Privacidad: <http://privacy.med.miami.edu/>

Al proporcionarme cierta información, usted expresamente acepta que UHealth y sus asociados comerciales puedan usar cierta información (como, por ejemplo, su teléfono particular/laboral/celular y su correo electrónico), para contactarlo sobre varios asuntos, tales como las consultas de seguimiento, cobro de los importes adeudados y otros servicios relacionados con la salud y cuestiones operativas. Usted acuerda que se lo puede contactar a través de la información con el uso de mensajes de voz pregrabados o artificiales y uso de un sistema de discado automático/predictivo.

Notificación de incumplimiento

Mantendremos la Información de Salud privada y segura, según lo requiera la ley. Si existe un incumplimiento (según lo define la ley) de cualquier Información de Salud suya que no esté protegida, entonces le notificaremos después de descubrir el incumplimiento de acuerdo con las leyes estatales y federales correspondientes.

Intercambio electrónico de Información de Salud

UHealth participa y puede que en el futuro participe de varios sistemas de intercambio electrónico de Información de Salud con otros prestadores de atención sanitaria, redes de intercambio de Información de Salud y planes de salud. Pueden acceder a la Información de Salud que se mantiene en UHealth otros proveedores, redes de intercambio de Información de Salud y planes de salud para fines de tratamiento, pago, o funcionamiento de la atención sanitaria, según lo antes descrito. Además, UHealth puede acceder a Información de Salud que mantienen otros proveedores, Información de Salud de redes de intercambio y planes de salud para fines de tratamiento, pago, o funcionamiento de la atención sanitaria.

COMO EJERCER SUS DERECHOS

Para ejercer cualquiera de sus derechos que se describen en este aviso, que no sea para obtener una copia en papel de este aviso, debe enviar un correo electrónico a Privacy@med.miami.edu o enviar una solicitud, por escrito, a nuestro Director de Privacidad e Integridad de la Información (Chief Privacy and Data Integrity Officer) a la siguiente dirección:

University of Miami
Office of Privacy and Data Security
P.O. Box 019132 (M-879)
Miami, Florida 33101

Para obtener información adicional, comuníquese con la Oficina de Privacidad y Seguridad de Datos al 305-243-5000 o al 1-866-366-HUSH (4874). Usted también puede visitar nuestro sitio web: <http://privacy.med.miami.edu>.

NINGÚN OTRO MIEMBRO DEL PERSONAL, MÉDICO, ENFERMERO, CLÉRIGO NI NINGUNA OTRA PERSONA ESTÁ AUTORIZADA A ACEPTAR UNA SOLICITUD PARA EJERCER SUS DERECHOS.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso y a poner en efecto el aviso revisado o modificado para la Información de Salud que ya tenemos, así como también cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestros hospitales, clínicas y consultorios médicos, así como en el sitio web: <http://privacy.med.miami.edu/patients/aviso-of-privacy-practices>. El aviso tendrá la fecha de entrada en vigencia en la primera página en la esquina superior derecha.

DENUNCIAS Y PREGUNTAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad se han violado, usted puede presentar una denuncia comunicándose con nosotros en la dirección de la Oficina de Privacidad antes mencionada. Todas las denuncias se deben hacer por escrito. **No se tomarán represalias contra usted por presentar una denuncia.**

Usted también puede presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al (877) 696-6775, o visitando <http://HHS.Gov/OCR/Privacy/HIPAA/Complaints>.

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, comuníquese con nuestra oficina llamando al 305-243-5000 o al 1-866-366-HUSH (4874).

Fecha de Vigencia: 20 de septiembre de 2013

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE LA NOTICIA DE
REGLAS DE PRIVACIDAD DE EL SISTEMA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE MIAMI**

Yo certifico que recibí copia de la Noticia de Reglas de Privacidad de el Sistema de Salud de la Universidad de Miami.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma de Paciente o de su Representante Personal/Relación al Paciente

Para uso exclusivo de la Universidad de Miami.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Medical Record Number: _____

Address: _____

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient's representative.

The date that you requested the signature and date: _____

The reason that the signature and date were not obtained:

Refused Emergency Other

Name of UM Representative (Print) Department Name Contact Number Date

University of Miami – Office of Privacy & Data Security
PO Box 019132 (M-879) privacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

**PATIENT ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF THE UNIVERSITY
OF MIAMI NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (SPANISH)**



Form
D3900001S

Revised
9/20/13

NAME: _____

MRN: _____

LAST 4 DIGITS OF SSN: _____

DOB: ____/____/____

DATE: _____ TIME: _____