



AVISO DE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A SU INFORMACIÓN

POR FAVOR REVISE ESTE AVISO ATENTAMENTE

1. **Propósito:** El hospital y sus empleados profesionales y voluntarios y todas las otras afiliadas (Yoakum Community Hospital and Yoakum Community Swing Bed) referido como (el Hospital) están incluidos y observan estas reglas. La ley nos requiere mantener su información médica segura y protegida. Nosotros creamos una nota médica de su tratamiento y servicios que usted recibe cada vez que usted este en (el hospital). Esta nota médica es necesaria para proveer la calidad de su cuidado y al mismo tiempo obedecer ciertas leyes y requisitos. Este aviso también describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos (el hospital) acerca del uso de su información médica. Al mismo tiempo es necesario utilizar su información para su tratamiento, conseguir el pago, y continuar las operaciones médicas del hospital.

2. **Que significa el Pago, Tratamiento o Operaciones Médicas del Hospital?**
Tratamiento, incluye compartiendo su información con los que participan en su cuidado. Por ejemplo, su médico puede compartir su información con su farmacéutico para preparar su medicina, o con su radiólogo o otros médicos cuales fueron consultados para su diagnóstico.
El hospital también puede usar su información para obtener el pago de parte de su compañía de seguro por su tratamiento y sus días en el hospital. También se permite que el hospital utilice su información para el entreno de profesionales.

3. **En qual manera puede utilizar el hospital mi información médica?**
Su información médica se puede utilizar, solamente que usted ponga restricciones, para estos propósitos:
 - **Directorio del hospital** esto incluye su nombre, su condición general, y en cual cuarto se encuentra
 - **Su religión**, a algún clérigo del el hospital o de su iglesia
 - **Miembros de su familia o amigos** cuales han dado permiso para su cuidado o seran responsables para su tratamiento
 - **La Cruz Roja Americana** (o alguna agencia de desastre) en caso que usted necesite ayuda
 - **Noticias de citas**
 - **Para infórmele de otros tratamientos o beneficios** acerca de su tratamiento que le pueden interesar (usted tendrá la oportunidad de negar esta información)
 - **Actividades para obtener fondos** pero esa información será limitada a su nombre, dirección, numero de teléfono y las fechas que usted recibió servicios del hospital. (Usted tiene la oportunidad de negar estas comunicaciones)
 - **Todo lo que se requiere por ley**
 - **Actividades de la Salud Pública**, incluyendo prevención de enfermedades, deseabilidad o injuria, aviso de nacimiento o muerte, aviso del descuido o abuse de niños, el reporte de reacciones a la medicina o productos, noticias o retiros de productos defectivos, el control de infecciones, noticias para el gobierno de sospechos de abuso, descuido, o violencia domestica (si acaso usted esta de acuerdo o es recesito de ley)
 - **Actividades para el porvenir de la salud publica** inspecciones, investigaciones, o lo que se requiere para obtener la licencia
 - **Disputas o casos de ley** (Tratamos de darle aviso si acaso recibemos un noticia de corte de ley, antes de relevar su información)
 - **Empleado de Ley** (por ejemplo para responder a una demanda)
 - **Para oficiales de la oficina del coronado o oficiales de organizaciones de las donaciones del tejido**
 - **Siertos proyectos aprobados** por parte del Hospital
 - **Para prevenir amenaza seria a la salud del publico**
 - **Para los comandantes militares** en caso que usted sea un miembro del ejercito military

- Actividades de la Agencia de Inteligencia de Seguridad Nacional
- Para la protección del presidente o otras personas autorizadas para conducir investigaciones especiales
- Prisioneros (Información medica acerca de prisioneros puede ser revelada a la prisión)
- Compensación de Trabajadores (Su información medica acerca de beneficios para enfermedades acerca de su trabajo puede ser relevada)
- Para tratamiento, pagos, y otras operaciones de parte de socios de negocio, por ejemplo, para instalar una sistema nueva de computadoras.

Ciertas clases de información pueden ser sujetas a restricciones adicionales, por ejemplo, exámenes y resultados acerca del SIDA, y notas psiquiátricas.

4. Su permiso se requiere para todas otras relevaciones

No relevaremos su información para ningunas otras cosas, sin su permiso o autorización en escrito. Usted puede cancelar su permiso, y esto será efectivo, después de la fecha de su signatura

5. Usted tiene derechos acerca de su información medica.

Usted tiene estos derechos acerca de su información medica si acaso usted a escrito sus deseos en la forma apropiada:

- Derecho a limitar su información. Usted puede limitar su información medica que nosotros usemos o relevamos para su tratamiento, pago o operaciones necesarias del hospital. Por ejemplo, usted puede impedir que no relevemos información acerca de su cirugía, pero no es necesario que le complacemos sus deseos. Solo en caso de tratamiento de emergencia, haremos todo lo posible para complacer sus deseos.
- Derecho a comunicaciones confidenciales. Usted puede pedir que sus comunicaciones sean mandadas a sierte locasion pero es importante que usted nos diga como desea sus comunicaciones.
- Derecho de inspector y hacer copias. Usted tiene el derecho de inspector y hacer copias de su información medica acerca de decisiones medicas. Pueda ser que se la pida un Honorio por las copias, y las estampillas. Bajo siertas condiciones, su deseos serán negadas. Bajo siertas situaciones, usted puede pedir que otra persona licenciada de parte del hospital revise su caso. El hospital complacerá la decisión de la revisa.
- Derecho de saber toda relevación de su información. Usted tiene derecho de obtener una lista de todas las relevaciones de su información medica desde seis anos pasados, pero no antes de April 14, 2003. (Esta lista no refleja relevaciones antes de esta fecha). Después de la primera copia de esta lista, se requiere un honorio.
- Derecho a obtener una copia de este aviso. Usted puede pedir una copia de este aviso y usted también puede obtener una copia por parte de su computadora. Usted puede obtener una copia en el website, <http://www.yoakumhospital.org>.

6. Requisitos acerca de este aviso. Se requiere por le ley que el Hospital le de una copia di este aviso. Seremos obligados a cumplir con este aviso mientras que este en efecto. El Hospital puede cambiar este aviso, y esos cambios estarán en efecto para información medica acerca de usted o alguna otra información que se reciba en el futuro. Es posible que cada vez que usted se registre en el Hospital, usted reciba una copia de el aviso en efectivo.

7. Quejas. Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede someter una queja con el Hospital o con el (la) Secretaria del Departamento de la Salud y Servicios Humanos Públicos de los Estados Unidos. *No será penalizado, ni castigado en ninguna manera por hacer su queja a contra el Hospital o a el Departamento de la Salud y Servicios Humanos Públicos de los Estados Unidos.*

Póngase en contacto con Phyllis Jacobs (361) 293-2321 ext 121 en caso:

- Se usted tiene una queja
- Se usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso
- En caso que usted quiera poner restricciones en su información medica acerca de pagos, tratamientos, o operaciones del hospital
- E caso que usted quiera obtener una forma para sus derechos cuales están en el párrafo #5.