



**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE  
“LA DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS  
DE PRIVACIDAD”**

**ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF  
“NOTICE OF PRIVACY PRACTICES”**

*Patient Label*

**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE “LA DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD”  
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF “NOTICE OF PRIVACY PRACTICES”**

- Por la presente reconozco haber recibido una copia de “La Declaración de Prácticas de Privacidad” de los Proveedores de Piedmont.  
I hereby acknowledge that I have received a copy of the Piedmont Providers’ “Notice of Privacy Practices.”

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Paciente en Letra de Molde  
Print Name of Patient

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o su Persona Autorizada  
Signature of Patient or Patient’s Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

\_\_\_\_\_  
Hora  
Time

Como Persona Autorizada por el Paciente, mi relación con el mismo es la siguiente: \_\_\_\_\_  
As the Patient’s Authorized Representative, my relationship with the Patient is:

El Paciente no puede firmar porque: \_\_\_\_\_  
The Patient is unable to sign because:

\_\_\_\_\_ *O BIEN* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *OR* \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL ESFUERZO DE BUENA FE POR OBTENER EL RECONOCIMIENTO  
CERTIFICATION OF GOOD FAITH EFFORTS TO OBTAIN ACKNOWLEDGMENT**

- Por la presente certifico que, como empleado o agente de los Proveedores de Piedmont, he hecho todo mi esfuerzo de buena fe para obtener del paciente o del representante autorizado por el paciente, un reconocimiento por escrito de haber recibido “La Declaración de Prácticas de Privacidad” de los Proveedores de Piedmont, en cumplimiento con la norma titulada “Provisión de la Declaración de Prácticas de Privacidad.”  
I hereby certify that, as an employee or agent of the Piedmont Providers, I have made a good faith effort to obtain from the patient or the patient’s authorized representative a written acknowledgment of the Piedmont Providers’ “Notice of Privacy Practices” in accordance with the policy titled “Provision of the Notice of Privacy Practices.”

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado/Agente en Letra de Molde y del Departamento  
Print Name of Employee/Agent and Department

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado/Agente  
Signature of Employee/Agent

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

\_\_\_\_\_  
Hora  
Time

Razón o Razones por las que no se Obtiene el Reconocimiento:  
Reason(s) for Not Obtaining Acknowledgment:

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR REVÍSELO CON ATENCIÓN.**

Tanto Piedmont Healthcare, Inc. como sus afiliados, incluyendo hospitales, clínicas, médicos de plantilla, nuestras fundaciones y otras instalaciones ("proveedores de Piedmont") están comprometidos con preservar su información médica. La Ley federal de confidencialidad nos obliga a proteger su información médica (llamada "información médica protegida" o "PHI" según sus siglas en inglés y así nos referiremos a ella el resto del texto) y a entregarle este Aviso de Política de Confidencialidad ("aviso") en el que se describen nuestras obligaciones legales y nuestra política de confidencialidad. Los profesionales, empleados, estudiantes, voluntarios y socios comerciales de Piedmont Healthcare están obligados a cumplir con esta política de confidencialidad en el cuidado de nuestros pacientes. En algunos casos, como consecuencia del presente aviso, de la autorización del paciente o de otras leyes y normas de aplicación, los proveedores de Piedmont pueden revelar PHI a terceros, en los términos descritos a continuación.

**Usos y divulgación de tratamientos, pago y gestión o manejo del cuidado de la salud:** Los proveedores de Piedmont podrían utilizar o difundir su PHI con fines relacionados con el tratamiento, el pago y la gestión del cuidado de la salud que se describen en detalle a continuación, sin necesidad de su autorización escrita.

**Para el tratamiento:** Los proveedores de Piedmont podrían utilizar o difundir PHI durante las distintas partes del tratamiento: suministro, coordinación o gestión, incluyendo la divulgación de PHI para que otros proveedores de cuidado de la salud realicen tratamientos. Por ejemplo, si le está tratando o llevando un médico de atención primaria, este podría tener que utilizar y compartir con otros médicos especialistas su estado, o con alguna enfermera que se ocupe de su cuidado.

**Para el pago:** Los proveedores de Piedmont podrían utilizar y divulgar PHI para pagar o recaudar fondos para los servicios del cuidado de su salud. Por ejemplo, un proveedor de Piedmont podría necesitar proporcionar PHI a su plan de salud para que le puedan reembolsar los servicios prestados. También podría divulgar PHI a nuestros socios, como empresas de facturación y de tratamiento y gestión de quejas.

**Para la gestión del cuidado de la salud:** Los proveedores de Piedmont podrían utilizar y difundir PHI como parte de su labor incluyendo asesoramiento y mejora de calidad, como por ejemplo evaluación del tratamiento y de los servicios que recibe y la forma de actuar de nuestro personal cuando se trata de cuidarle o de atenderle. Entre otras actividades se incluyen la formación, aprendizaje, actividades de gestión de compromisos y riesgos, planteamiento y desarrollo, y también administración o gestión.

**Para investigación médica:** La investigación es vital para el avance de la ciencia médica. Las normas federales del gobierno permiten el uso de PHI con fines de investigación médica tanto con su autorización como sin ella cuando el estudio de investigación ha sido revisado y aprobado por el Comité Institucional de Revisión o por algún otro comité privado siempre antes de que la investigación empiece, o en los casos de revisiones previas a la investigación tal y como contempla la ley, o para investigar con información sobre personas fallecidas, también según contempla la ley.

**Según contempla la ley y las fuerzas de seguridad del Estado:** Los proveedores de Piedmont podrían utilizar o divulgar su PHI sin su autorización si así lo indica o contempla la ley. También podríamos divulgar su PHI cuando así lo indique un procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a citaciones judiciales o peticiones de letrados, para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cuando se trata de un disparo y otro tipo de herida, una conducta criminal, para denunciar un crimen, el lugar o las víctimas, o la identidad, descripción y localización de una persona que haya cometido un crimen o con otros propósitos en cumplimiento de las fuerzas de seguridad del Estado.

**Para actividades de salud pública:** Los proveedores de Piedmont podrían divulgar PHI entre oficiales gubernamentales o agentes del gobierno encargados de recopilar información sobre nacimientos y fallecimientos, para prevenir o controlar enfermedades, para denunciar abuso o abandono (negligencia) de menores y otro tipo de víctimas de abuso, para abandono (negligencia) o violencia doméstica, reacción a medicamentos o defectos o problemas en los productos, o para informar sobre una persona que se haya visto expuesta a enfermedades contagiosas o que pueda estar en peligro de contraer o contagiar enfermedades.

**Para actividades de vigilancia de la salud:** Los proveedores de Piedmont podrían utilizar o divulgar cierta información al gobierno o Estado para realizar actividades de supervisión de la salud entre las que se incluyen inspecciones, auditorías, obtención de licencias o permisos y otras investigaciones de nuestros proveedores o para asuntos similares.

**Donación de órganos, ojos y tejidos:** Los proveedores de Piedmont podrían revelar PHI a organizaciones de provisión de órganos para facilitar la donación y trasplante de órganos, ojos y tejidos.

**Médicos forenses, examinadores médicos, directores de pompas fúnebres y otras personas involucradas en el cuidado de su salud o en el pago del mismo:** Los proveedores de Piedmont podrían divulgar PHI a médicos forenses, examinadores médicos y directores de pompas fúnebres para identificar a un fallecido, determinar la causa de una muerte o asimismo, si fuera necesario para permitirles cumplir sus obligaciones de conformidad con la ley aplicable.

**Usos y divulgación necesaria para su cuidado:** A menos que se oponga, los proveedores de Piedmont podrían compartir su PHI con un familiar o pariente, amigo u otra persona nombrada por usted implicados en el cuidado de su salud o el pago del mismo. Podríamos utilizar o difundir información entre familiares o terceras personas implicadas en el cuidado de una persona fallecida. También podríamos notificar a esas personas su estado o ubicación. Si así lo solicita, se podría revelar PHI cincuenta (50) años tras el fallecimiento del interesado.

**Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad o para remediar el desastre:** los proveedores de Piedmont podrían utilizar y divulgar PHI a agentes de la ley u otro personal apropiado, para prevenir o disminuir una seria amenaza a la salud o la seguridad de un individuo o del público en general. Podríamos revelar su información a alguna organización que se encargue de paliar el desastre de forma que se le puede informar a su familia sobre su paradero, su enfermedad y su estado. Si no quiere que revelemos información en estos casos, no lo haremos a

menos que debamos responder ante una situación de emergencia.

**Funciones gubernamentales especializadas:** Los proveedores de Piedmont podrían utilizar y revelar cierta PHI si es usted militar o veterano. También podríamos divulgar PHI a miembros del gobierno para temas de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional o para proporcionar servicio de protección al presidente u otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros.

**Indemnización a los trabajadores:** Los proveedores de Piedmont podrían difundir PHI para cumplir con la indemnización de los trabajadores u otras leyes similares que ofrezcan beneficios en caso de lesiones o enfermedades laborales o relacionadas con el trabajo.

**Actividades encaminadas a la recaudación de fondos:** Su PHI podría utilizarse para contactar con usted o podría divulgarse con el objetivo de recaudar fondos por parte de los proveedores de Piedmont. Esta divulgación se limitará a información demográfica como su nombre, dirección u otra información de contacto como número de teléfono, edad, sexo y fecha de nacimiento, las fechas de su tratamiento o servicios en el proveedor Piedmont, información del departamento que ofrece el servicio, del médico que se ocupa del tratamiento, información sobre resultados y situación del seguro de salud. Usted tiene derecho a decidir si recibe o no estos comunicados de recaudación de fondos y en caso de que se le contacte para ello podrá decidir no hacerlo.

**Recordatorios de citas, seguimiento y alternativas al tratamiento:** Podríamos utilizar o difundir su información para recordarle sus citas o alternativas al tratamiento que podrían serle de utilidad.

**Directorios de pacientes:** A menos que no quiera, podríamos utilizar parte de su PHI para guardar un directorio en nuestras instalaciones. Esta información podría incluir su nombre, ubicación en la instalación en concreto, estado general (es decir, normal, bueno, etc.) y creencia religiosa, información que se podría divulgar a miembros de la iglesia o del clero. Excepto en el caso de creencia religiosa, la información se podría dar a otras personas que pregunten por usted por su nombre.

**Usos y divulgación de PHI para la que se requiere autorización:** Otros casos de usos y divulgación de su PHI no descritos en el presente aviso se harán solamente con su autorización escrita, que usted puede revocar por escrito de forma limitada. Los proveedores de Piedmont podrían no usar ni divulgar su PHI con fines publicitarios excepto en circunstancias limitadas según lo autoriza la ley o a menos que usted haya dado autorización escrita. No difundiremos apuntes de la psicoterapia excepto en ciertas circunstancias, bien con su autorización escrita o bien cuando la ley aplicable lo permita. Los proveedores de Piedmont no venderán su PHI a menos que tengamos su autorización escrita o que la ley aplicable así lo permita.

**Sus derechos sobre su PHI:** Puede solicitar que el proveedor de Piedmont restrinja ciertos usos y difusiones de su PHI. No estamos obligados a estar de acuerdo con una petición de restricción pero debemos acceder a una petición de restricción de difusión de su PHI a un plan de seguros para el pago si se cumplen las siguientes condiciones: (1) si ha pagado con antelación todo el tratamiento o servicios, (2) si la difusión no es impuesta por ley y (3) si ha hecho la petición por escrito una vez que se realizan los servicios. Piedmont no puede cancelar una petición de restricción de difusión de su PHI a un plan de salud con objeto de la realización de un pago.

**Comunicaciones confidenciales:** Usted podría pedir una forma concreta de comunicar con usted. Por ejemplo, puede

solicitar que le enviemos la información de seguimiento a su casa en vez de a su trabajo. En este sentido nos acomodaremos a sus peticiones siempre que sean razonables.

**Derecho de acceso a los registros o expedientes:** Por regla general usted tiene derecho a inspeccionar, revisar y copiar su información médica custodiada por Piedmont. Le pedimos que haga una solicitud por escrito al departamento de expedientes o registros médicos de su proveedor de Piedmont. Si podemos hacerlo fácilmente le daremos acceso de la forma solicitada en el formato requerido. Por ejemplo, puede solicitar una copia en papel de su registro (expediente). Si pide una copia en formato electrónico lo haremos si es posible. Si no pudiéramos dar registros (expedientes) en la forma solicitada le contactaremos para buscar juntos una solución razonable. En el plazo de treinta (30) días desde la petición por escrito, a menos que se pueda extender este plazo otros treinta (30) días, Piedmont le informará de hasta qué punto su petición está garantizada y puede ser atendida. En algunos casos el Proveedor de Piedmont podría preparar un resumen de la información médica solicitada si nos informa de sus preferencias y está de acuerdo previamente en pagar una tasa por el mismo. Si quiere una copia de sus registros (expedientes) podríamos cobrar un precio razonable para cubrir los gastos de copias, envío y otros gastos razonables que implican prepararle el resumen en papel o en formato electrónico. Si el proveedor de Piedmont le niega el acceso a su (expediente) registro nosotros le explicaremos el motivo de dicha negativa y le daremos la oportunidad de que la decisión sea revisada por un profesional autorizado en el cuidado de la salud que no se haya visto implicado y que no haya participado en la decisión inicial. Si el proveedor de Piedmont no guarda la información médica solicitada y nosotros sabemos dónde está, le informaremos a donde redirigir su solicitud de acceso.

**Derecho a solicitar rectificaciones:** Si cree que la PHI en manos del proveedor Piedmont tiene algún error tiene derecho a solicitarle corregir o complementar la misma. Para ello debe enviar una petición por escrito al director de Registros o Expedientes Médicos del proveedor de Piedmont explicando que quiere hacer una rectificación de su expediente o registro. En el plazo de sesenta (60) días desde la recepción de la solicitud (a menos que se produzca una prórroga de otros treinta (30) días) el proveedor de Piedmont le informará de hasta qué punto su petición ha sido o no cumplida. Los proveedores de Piedmont normalmente pueden negarse si su petición es sobre PHI: (i) no creada allí, (ii) que no es parte de los registros que ellos custodian o tienen, (iii) que usted no puede revisarla, o (iv) que es precisa y completa. Si su petición no es atendida, el proveedor de Piedmont le dará una respuesta negativa por escrito en la que explique el motivo de la negativa y sus derechos a: (i) presentar una queja discrepando de la negativa; (ii) si no presenta dicha queja, presentando una petición para que cualquier difusión futura de PHI relevante se haga acompañada de una copia de su petición y de la negativa del proveedor, y (iii) quejarse de la negativa.

**Derecho a contabilizar las difusiones:** Normalmente tiene derecho a solicitar y recibir una lista con el número de veces que un proveedor de Piedmont ha difundido su PHI en los seis (6) años previos a su petición (pero no lo anterior al 14 de abril de 2003). Esta lista no incluye las difusiones (i) a las que usted ha dado autorización por escrito; (ii) para tratamiento, pago y gestión del cuidado de la salud; (iv) las hechas por usted; (iv) las hechas para un directorio de pacientes del proveedor de Piedmont o a otras personas implicadas en el cuidado de su salud; (v) con fines de

seguridad nacional o inteligencia; (vi) para instituciones penitenciarias o agentes de la ley o fuerzas de seguridad del Estado; o (vii) para un grupo limitado de datos. Deberá dirigir estas peticiones al agente encargado de la confidencialidad y en el plazo de sesenta (60) días tras recibir su petición (a menos que se haya extendido otros treinta (30) días) el proveedor Piedmont le informará sobre el estado de su petición. El proveedor le dará una lista sin coste alguno para usted, pero si en un año hace más de una petición entonces se le cobrarán 25\$ por cada petición adicional.

**Aviso de incumplimiento:** En caso de producirse una brecha o violación de seguridad en la información médica protegida se informaría a las personas afectadas.

**Copia del Aviso sobre la política de confidencialidad:** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso si así lo solicita, aun habiendo accedido a recibirla en formato electrónico. Puede revisar e imprimir una copia del presente aviso en cualquier página web de Piedmont Healthcare en el siguiente enlace: [www.piedmont.org](http://www.piedmont.org) o puede solicitar una copia en papel del mismo contactando con el agente encargado de la confidencialidad como se explica más abajo. Por favor tenga en cuenta que Piedmont, como organismo protegido por las Leyes Federales de Confidencialidad está obligado a cumplir los términos del presente aviso; sin embargo, Piedmont podría revisar este aviso de acuerdo a la ley y hacer los cambios que sean de aplicación para toda la información médica protegida que custodia. Si usted considera que sus derechos de confidencialidad sobre su PHI han sido violados puede contactar con el agente encargado de la confidencialidad y presentarle una queja por escrito. Los proveedores de Piedmont no le penalizarán ni tomarán represalias contra usted por cumplimentar una queja sobre su política de confidencialidad. También tiene derecho a presentar una queja en la secretaría del departamento de Salud y Recursos Humanos.

**Si usted tiene alguna pregunta sobre el presente aviso:** Por favor contacte con la oficina del agente encargado de la confidencialidad del cuidado de salud de Piedmont en el teléfono (404)425-7350; correo electrónico: [privacy.officer@piedmont.org](mailto:privacy.officer@piedmont.org). dirección: 1800 Howell Mill Road, Suite 350, Atlanta, GA 30318.

VIGENTE desde: el 1 de marzo de 2013

REVISADO: el 11 de febrero de 2013

[34747P-S Rev. 10/13]