

# Notice of Privacy Practices for Medical Information

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully. **Effective date:** 4.2003 **Revised date:** 3.2024

Each UCSF Health hospital, clinic, or health care service provider also will share health information with the doctors and many other health care providers who care for patients at the facility.

This notice uses the words “protected health information (PHI)” or “health information.” Those words are defined in the HIPAA regulations. In simple terms, your “protected health information” is information about you and your healthcare that we use and disclose for your treatment and payment for your care, and for our healthcare operational purposes. It includes basic identifying information like your name, address, age, race, phone number, as well as information in your medical records and billing records. PHI can be oral, or in paper or electronic formats.

## WHO MUST FOLLOW THIS NOTICE?

We provide you, the patient, with health care by working with doctors and many other health care providers (referred to as we, our or us). This is a notice of our information privacy practices. The following people or groups will follow this notice:

- ± hospitals, clinics, home health agencies, outpatient services, mobile units, hospice agencies, skilled nursing facilities, etc.
- ± any health care provider who comes to our locations to care for you. These professionals include doctors, nurses, technicians, physician assistants and others.
- ± all departments and units of our organization, including skilled nursing, home health, clinics, outpatient services, mobile units, hospice, rehab facilities, and emergency departments.
- ± our employees, students and volunteers, including those at regional support offices and affiliates.

## OUR PLEDGE TO YOU

We understand that your protected health information is private and personal. We are committed to protecting it. Hospitals, clinics, doctors, home health and hospice staff, and other staff members make a record each time you visit. This notice applies to all the records of your care at the facility, whether created by staff members or your doctor. Your doctor and other health care providers may have different practices or notices about their use and sharing of protected health information in their own offices or clinics that are not affiliated with UCSF Health. We will gladly explain this notice to you or your family member.

We are required by law to:

- ± keep your protected health information private.
- ± give you this notice describing our legal duties and privacy practices for your protected health information.
- ± notify you as outlined in state and federal law if a breach of your unsecured protected health information has occurred.
- ± follow the terms of the notice that is currently in effect.

## HOW WE MAY USE AND SHARE YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION

This section of our notice tells how we may use and share your protected health information, including sharing electronically. In situations not covered by this notice or otherwise allowed by law and regulation, we will get a separate written permission from you before we use or share your protected health information. You can later cancel your permission by notifying us in writing.

We will protect your protected health information as much as we can under the law. Sometimes state law gives more protection to your information than federal law.

Sometimes federal law gives more protection than state law. In each case, we will apply the laws that protect your information the most.

**Treatment:** We will use and share your protected health information, both internally and externally, to provide you with health care treatment and to coordinate or manage your treatment with other health care providers. An example is sending medical information about you to your doctor or to a specialist as part of a referral. We may also share your information with other types of health care providers after you leave our facility, such as pharmacies, home health agencies, specialty hospitals, or long-term care facilities.

**Payment:** We will use and share your protected health information so we can be paid for treating you. An example is giving information about you to your health plan or to Medicare. We may also need to give information to your health plan to get approval for certain services or to find out if your plan will pay for certain treatment. We may also share your health information with other health care providers involved in your healthcare, such as your personal physician, anesthesiologist, ambulance services, so that they may receive payment for their services. We may also give your healthcare information to individuals who are responsible for payment for your health care, such as the named insured on your health insurance policy. For example, the person named may receive a copy of an explanation of benefits (EOB) related to your care.

**Health Care Operations:** We will use and share your medical information for our health care operations. A few examples are using information about you for:

- ± improving the quality of care we give you.
- ± disease management, wellness management, or population health programs.
- ± patient surveys.
- ± training students.
- ± business planning and administration.
- ± resolving patient complaints.
- ± getting or keeping our accreditation.
- ± compliance and legal services.

We may also share your protected health information with people or companies (called business associates) we use to help us with our operations.

**Family Members, Personal Representatives, and Others Involved in Your Care:** Unless you tell us otherwise, we may share your protected health information with your friends, family members, or others you have named who help with your care or who can make decisions on your behalf about your health care. Also, if you cannot agree due to an emergency, we may share needed protected health information about you with your family or friends who are involved in your care, based on professional judgment of what is in your best interest. In rare instances, even without your permission, we may share your information with others if the physician or health care provider feels it is in your best interest.

**Electronic Sharing and Pooling of Your Information:** We may take part in or make possible the electronic sharing or pooling of healthcare information. The most common way we do this is through local or regional health information exchanges (HIEs). Two other types of HIEs we participate in are described in the next two sections. HIEs help doctors, hospitals and other healthcare providers within a geographic area or community provide quality care to you. If you travel and need medical treatment, HIEs allow other doctors or hospitals to electronically contact us about you. All of this helps us manage your care when more than one doctor is involved. It also helps us to keep your health bills lower (avoid repeating lab tests). And finally, it helps us to improve the overall quality of care provided to you and others. We are involved in national health reform efforts and may use and share information as permitted to achieve regional or national goals, including regional or nationally approved population health management or wellness initiatives.

**State-Based Health Information Exchange.** This facility may participate in statewide internet-based HIE. As permitted by law, your health information will be shared through the HIE to provide faster access, better coordination of care and to assist healthcare providers, health plans, and public health officials in making more informed decisions. To opt in or out of the HIE, you must notify the HIE yourself. To obtain the HIE contact information, please visit: [https://terms.dignityhealth.org/cm/media/documents/HIE\\_Master\\_list\\_for\\_posting.pdf](https://terms.dignityhealth.org/cm/media/documents/HIE_Master_list_for_posting.pdf) or contact the facility privacy officer.

**Facility Directory:** The directory is available so your family, friends, and clergy can visit you and know how you are doing. Unless you tell us otherwise, we may list your name, location in the hospital, your general condition (good, fair, etc.) and your religion in our directory. We will give this information (except your religion) to anyone outside the organization who asks about you by name. An example is telling your hospital room number to a florist who is delivering flowers to you. Your religion will be given only to appropriate clergy members. If you do not want your name in the directory, please tell the registration personnel. If your name is not in the directory, we cannot tell members of the public or even your family or friends that you are in our facility.

**Fund-raising Activities:** We may use limited information to contact you for fundraising. We may also share such information with our fundraising foundations. You may choose to opt out of receiving fund-raising requests if you are contacted.

**Research:** We may use and share your protected health information for research projects, such as studying the effectiveness of a treatment you received. We will usually get your written permission to use or share your information for research. Under certain circumstances, we may share your protected health information without your written permission. These research projects, however, will be approved by a special committee that protects the confidentiality of your medical information.

**Organ and Tissue Donation:** We may share your protected health information with organizations that handle organ, eye or tissue donation or transplantation.

**Appointment Reminders:** We may contact you by phone, email or text messaging with appointment reminders.

**Internet Based Products and Services:** Working with third parties, we may share your health information so we can offer you internet-based products or services.

Using the products or services, you can:

- ± schedule appointments.
- ± reduce wait times in our emergency rooms.
- ± find a physician or get access to your medical information through a portal.

**Treatment Options and Health-Related Benefits and Services:** We may contact you about possible treatment options, health-related benefits or services that we offer.

**Health Education and Health Programs:** We may send you newsletters or brochures or contact you about health-related information, disease management programs, wellness programs, or other local programs that you might want.

## **INFORMATION SHARING THAT IS REQUIRED OR PERMITTED BY LAW**

We are required or permitted by federal, state, or local law to report or share your health information for various purposes. Some of these required or permitted purposes are:

**Public Health Activities:** We may share your protected health information as required or permitted by law to public health authorities or government agencies whose official activities include preventing or controlling disease, injury, or disability. For example, we must report certain information about births, deaths, and various diseases to government agencies. We may use your health information in order to report to monitoring agencies any reactions to medications or problems with medical devices. We may also share, when requested, your protected health information with public health agencies that track opioid usage, contagious diseases or that are involved with preventing epidemics.

**Required by Law:** We are sometimes required by law to report certain information. For example, we must report child and elder abuse and neglect, and in some states, spouse abuse or neglect. We are required to report certain types of injuries, such as injuries caused by firearms. We also must give information to your employer about work-related illness, injury or workplace-related medical surveillance. Another example is that we must share information about tumors with state tumor registries.

**Public Safety:** We may, and sometimes must, share your health information in order to prevent or lessen a serious threat to you or to the health or safety of a particular person or the general public.

**Health Oversight Activities:** We may share your health information with a health oversight agency when allowed by law for health oversight activities. Health oversight agencies include the agencies that run Medicare and Medicaid, and state medical or nursing licensing boards. Health oversight activities include audits, investigations, or inspections. The activities are necessary so the government can monitor health care treatment and spending, government programs and also compliance with civil rights laws.

**Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors:** We may share health information about deceased patients with coroners, medical examiners and funeral directors to identify a deceased person, determine the cause of death, or other duties as permitted.

**Military, Veterans, National Security and Other Government Agencies:** We may use or share your health information for national security purposes, intelligence activities or for protective services for the President or certain other persons as allowed by law. We may share your health information with the military for military command purposes when you are a member of the armed forces. We may share medical information with the Secretary of the Department of Health and Human Services for investigating or determining our compliance with HIPAA.

**Judicial or Administrative Proceedings:** We may use or share your health information in response to court orders or subpoenas only when we have followed procedures required by law.

**Law Enforcement:** We may share medical information about you with police (or other law enforcement personnel) without your written permission:

- ± if the police bring you to the hospital and ask us to test your blood for alcohol or substance abuse
- ± if the police present a search warrant
- ± if the police present a court order
- ± to report abuse, neglect, or assaults as required or permitted by law
- ± to report certain threats to third parties
- ± if you are in police custody or are an inmate of a correctional institution and the information is necessary to provide you with health care, to protect your health and safety, the health and safety of others or for the safety and security of the correctional institution.

**Disaster Relief Purposes:** We may use or share your health information with public or private disaster organizations, like the American Red Cross, so that your family can be told of your location and condition in case of disaster or emergency. We may also use it to help in coordination of disaster relief efforts.

**Workers' Compensation:** We may share your health information for workers' compensation benefits or similar programs that provide benefits for work-related injuries or illnesses if you tell us that workers' compensation is the payer for your visit(s). Your employer or workers' compensation carrier may request the entire medical record for your workers' compensation claim. This medical record may include details regarding your health history, current medications you are taking, and treatments.

**Inmates:** If you are an inmate of a correctional institution or in the custody of a law enforcement official, we may share your health information with the institution or law enforcement official. We may do this for the institution to provide you with health care, to protect your health and safety or the health and safety of others, or for the safety and security of the correctional institution.

## **OTHER USES AND DISCLOSURES OF YOUR HEALTH INFORMATION**

Apart from what we say in this Notice, we will not use or share your health information unless we get your written permission. Under HIPAA, this permission is called an "authorization." If you give us written permission to use or disclose your health information, you may revoke (take back) that permission in writing at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or disclose your health information for the purpose involved. However, we cannot retrieve any disclosures that we already made based on your prior permission.

We will get your written permission to use and disclose your health information for these specific purposes when required by law:

### **Marketing**

Marketing means to make a communication about a product or service that you may be interested in buying. If we send a marketing communication to you about a non-CommonSpirit Health service or product, or if we receive payment from a third party in order for us to promote a product or service to you, then we are required to get your written permission before we can use or disclose your health information.

We are not required to get your written permission to talk with you in person or send you information about the following:

- ± health care treatment options.
- ± health-related products and services that are provided by UCSF Health.
- ± case management or care coordination services.
- ± recommended alternative treatments, therapies, providers, or settings of care.
- ± samples or promotional gifts of nominal value.

You have the right to revoke (take back) your marketing permission and we will honor the revocation. To find out who to contact for opting out of these communications, please contact the Privacy Officer.

## **Psychotherapy Notes**

Psychotherapy notes are special notes by a mental health professional that document or analyze the contents of a conversation during a private counseling session or a group, joint, or family counseling session. Psychotherapy notes are kept separate from the rest of your health information, and they may not be used or disclosed without your written permission, except as may be required by law.

## **Sensitive Medical Information**

We may obtain a written permission from you, when required by state and federal laws, to use or share sensitive medical information, such as mental health, substance abuse, or genetic testing information.

## **Sale of Health Information**

We will obtain your authorization for any disclosure of your health information if we directly or indirectly receive remuneration (money or other valuable things) in exchange for the health information.

## **THIS NOTICE DOES NOT APPLY TO THE FOLLOWING HEALTH RELATED ACTIVITIES**

Some activities may not be covered by this notice and are referred to as Hybrid activities under HIPAA. If you seek services at our wellness or health fairs, for occupational health services, employee health related services, research activities conducted by academic institutions after your information has been legitimately sent to them, or direct access lab services, this notice and HIPAA do not apply.

## **YOUR RIGHTS REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION**

Your rights are listed below. Some of the rights require a written request form. You can get the appropriate written request form from the departments outlined below.

**Requesting Your Information (Access or Copy):** In most cases, when you ask in writing, you can look at or get a copy of your protected health information in your medical records or applicable parts of your billing record in paper or electronic format. You may also request that we send electronic copies directly to a person or entity chosen by you. We will give you a form to fill out to make the request. You can look at medical information about you for free. If you request paper or electronic copies of the information, we may charge a fee to cover the cost of copying, mailing, and supplies. To request a copy of your information, contact the Medical Records/ Health Information Management department or physician practice administrator for the hospital, clinic, or facility.

If we say no to your request to look at the information or get a copy of it, we will tell you why in writing. Also, you may ask us in writing to review that decision. A health care professional will review your request and the decision. The person who makes the review will not be the same person who said no to your request. We will follow the outcome of the review.

**Correcting Your Information (Amendment):** If you believe that information about you is wrong or not complete, you can ask us in writing to correct the records (make an amendment). We will give you a form to fill out to make the request. We may say no to your request to correct a record if the information was not created or kept by us or if we believe the record is complete and correct. If we say no to your request, you can ask us in writing to review that denial. If we say no to your request, you have the right to give us a statement in writing (no longer than 250 words) explaining your belief about the information. We will put the statement with your medical record. Every time we disclose the information that you believe is wrong or not complete, we will also disclose your statement.

**Obtaining a List of Certain Disclosures (Accounting of Disclosures):** You can ask to receive a list of certain disclosures we have made of your protected health information during the last six years. To get the list, ask for the Accounting of Disclosures Form from the Medical Records/Health Information Management department or the Privacy Officer. Your request must be in writing and state the time period (up to six years) for the listing. The first request in a 12-month period is free. We will charge you for any additional requests for our cost of producing the list. We will give you an estimate of the cost when you request the additional list.

**Right to Ask for Confidential Communications:** You have the right to ask us to communicate with you about health care matters in a certain way or at a certain address. For example, you can ask that we only contact you at a different location from your home address, such as work, or only contact you by mail instead of by phone. Your request must tell how or where you want to be contacted. We do not require a reason. We will agree to all reasonable requests.

**Right to Ask for a Restriction:** You can ask in writing that we limit our use or sharing of your protected health information for treatment, payment and operational purposes. We are not required to agree to most requests. Any time you make a written request, we will consider the request and tell you in writing of our decision to accept or deny your request. We are

legally required to agree to only one type of restriction request: if you have paid us in full for a health procedure or item for which we would normally bill your health plan, we must agree to your request not to share information about that procedure or item with your health plan. For example, if you saw a counselor and paid in full for the services rather than submitting the expenses to your health plan, you may ask that your health information related to the counseling not be shared with your health plan.

**Right to Receive Notice of a Privacy Breach:** We will tell you if we discover a breach of your health information. Breach means that your health information was disclosed or shared in an unintended way and there is more than a low probability that it has been compromised. The notice will tell you about the breach, about steps we have taken to lessen any possible harm from the breach, and actions that you may need to take in response to the breach.

**Right to a Paper Copy of This Notice:** You have the right to a paper copy of this notice. If you have received this notice electronically, you still can have a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time.

**To ask questions about any of these rights, or to obtain a paper copy of this notice, contact the Privacy Officer. You may also obtain a copy of this notice at our website.**

## **CHANGES TO THIS NOTICE**

We may change our privacy practices from time to time. Changes will apply to current medical information, as well as new information after the change occurs. If we make an important change, we will change this notice. We will also post the new notice in our facilities and on our website. You can ask in writing for a copy of this notice at any time by contacting the facility's Privacy Officer. If our notice has materially changed, we will give you a copy of the notice the next time you register for treatment.

## **DO YOU HAVE CONCERNS OR COMPLAINTS?**

If you think your privacy rights may have been violated, you may contact us at [privacy@ucsf.edu](mailto:privacy@ucsf.edu) or call (415) 353-2750, or contact the facility's Compliance Officer. You may also send a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights at [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov) or Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201. We will not take any action against you or change our treatment of you for filing a complaint.

## **CONTACT INFORMATION**

UCSF Office of Healthcare Compliance & Privacy

Phone: (415) 353-2750

Email: [privacy@ucsf.edu](mailto:privacy@ucsf.edu)

# Aviso sobre las prácticas de privacidad para la información médica

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede acceder a esa información. Revíselo cuidadosamente. **Fecha de vigencia:** 4.2003 **Fecha de revisado:** 3.2024

Cada hospital, clínica o proveedor de servicio de atención médica de UCSF Health también comparte la información médica con médicos y muchos otros proveedores de atención médica que cuidan a los pacientes en el centro.

Este aviso usa los términos “información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés)” o “información médica”. Estos términos se definen en las reglamentaciones de HIPAA. En términos simples, su “información médica protegida” es información sobre usted y su atención médica que usamos y divulgamos para su tratamiento y el pago de su atención, y para fines operativos de atención médica. Incluye información de identificación básica, como nombre, dirección, edad, raza, teléfono, así como la información en sus registros médicos y registros de facturación. La PHI puede tener formato oral, en papel o electrónico.

## ¿QUIÉN DEBE CUMPLIR CON ESTE AVISO?

Le proporcionamos a usted, el paciente, atención médica al trabajar con médicos y muchos otros proveedores de atención médica (llamados nosotros o nuestro). Este es un aviso de nuestras prácticas de privacidad de la información. Las siguientes personas o grupos cumplirán con este aviso:

- ± hospitales, clínicas, agencias de salud en el hogar, servicios a pacientes ambulatorios, unidades móviles, agencias de cuidados paliativos, centros de enfermería especializada, etc.
- ± todo proveedor de atención médica que venga a nuestras instalaciones a cuidarlo. Estos profesionales incluyen médicos, enfermeros, técnicos, asistentes físicos y otros.
- ± todos los departamentos y las unidades de nuestra organización, incluso enfermería especializada, salud en el hogar, clínicas, servicios a pacientes ambulatorios, unidades móviles, cuidados paliativos, instalaciones de rehabilitación y departamentos de emergencia.
- ± nuestros empleados, estudiantes y voluntarios, incluso aquellos en oficinas y filiales de apoyo regional.

## NUESTRO COMPROMISO CON USTED

Comprendemos que su información médica protegida es privada y personal. Estamos comprometidos con protegerla. Los hospitales, las clínicas, los médicos y el personal de atención de salud en el hogar y de cuidados paliativos, y otros miembros del personal registran cada una de sus visitas. Este aviso corresponde a todos los registros de su atención en el centro, ya sea que lo generen miembros del personal o su médico. El médico y otros proveedores de atención médica pueden tener diferentes prácticas o avisos sobre el uso y divulgación de información médica protegida en sus propios consultorios o clínicas, que no están afiliadas con UCSF Health. Con agrado le explicaremos este aviso a usted o un familiar.

Por ley debemos:

- ± mantener privada su información médica protegida.
- ± darle este aviso que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad para su información médica protegida.
- ± notificarlo, según se describa en las leyes estatales y federales, si se produce una violación de su información médica protegida no segura.
- ± cumplir con los términos del aviso que esté vigente.

## CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Esta sección de nuestro aviso informa de qué manera podemos usar y compartir su información médica protegida, incluso de manera electrónica. En situaciones no cubiertas por este aviso, o de alguna otra manera no permitida por las leyes y reglamentaciones, obtendremos su permiso por escrito separado antes de usar o compartir su información médica protegida. Puede cancelar su permiso más adelante mediante una notificación por escrito.

Protegeremos su información médica protegida todo lo que podamos bajo la ley. Algunas veces las leyes estatales brindan más protección a la información que las leyes federales.

Algunas veces las leyes federales brindan más protección que las leyes estatales. En cada caso, aplicaremos las leyes que protejan más su información.

**Tratamiento:** Usaremos y compartiremos su información médica protegida, tanto interna como externamente, para proporcionarle un tratamiento de atención médica y para coordinar o administrar su tratamiento con otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, enviar información médica sobre usted a su médico o a un especialista como parte de una derivación. Además, podemos compartir su información con otros tipos de proveedores de atención médica después de que usted deje nuestro centro, como farmacias, agencias de salud en el hogar, hospitales de especialidad, o instalaciones de atención de largo plazo.

**Pago:** Usaremos y compartiremos su información médica protegida para que nos puedan pagar por el tratamiento que se le brinde. Por ejemplo, dar información sobre usted a su plan médico o a Medicare. Es posible que también debamos brindar información a su plan médico para obtener aprobación para ciertos servicios, o para saber si su plan pagará por determinado tratamiento. También podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica involucrados en su atención médica, tal como su médico personal, un anesthesiólogo o servicios de ambulancias, para que puedan recibir el pago por sus servicios. También podemos dar su información de atención médica a personas que sean responsables de pagar por su atención médica, tal como el asegurado de su póliza de seguro médico. Por ejemplo, la persona nombrada puede recibir una copia de la explicación de los beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) en relación a su atención.

**Operaciones de atención médica:** Usaremos y compartiremos su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Estos son algunos ejemplos del uso de su información para:

- ± mejorar la calidad de la atención que le brindamos
- ± gestión de la enfermedad, gestión del bienestar, o programas de salud de la población
- ± encuestas de pacientes
- ± capacitar estudiantes
- ± planificación y administración del negocio
- ± resolver reclamos de pacientes
- ± obtener o mantener nuestra acreditación
- ± cumplimiento y servicios legales

También podemos compartir su información médica protegida con personas o compañías (llamadas asociados de negocio) que usamos para que nos ayuden con nuestras operaciones.

**Familiares, representantes personales y otros involucrados en su atención:** A menos que nos informe de otra manera, podemos compartir su información médica protegida con sus amigos, familiares u otras personas que haya nombrado que lo ayuden con su atención, o que puedan tomar decisiones en su nombre sobre atención médica. Además, si no puede aceptar debido a una emergencia, podemos compartir la información médica protegida necesaria sobre usted con sus familiares o amigos que estén involucrados en su atención, en función de nuestra opinión profesional de qué es lo mejor para usted. En pocas circunstancias, incluso sin su permiso, podemos compartir su información con otras personas si el médico o proveedor de atención médica piensa que es lo mejor para usted.

**Compartir e intercambiar su información de manera electrónica:** Podemos compartir o intercambiar información de atención médica, o facilitar estas acciones. La manera más común en la que hacemos esto es a través de intercambios de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) locales o regionales. Otros dos tipos de HIE en los que participamos se describen en las siguientes dos secciones. Los HIE ayudan a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica dentro de un área geográfica o comunidad, a proporcionarle una atención de calidad. Si viaja y necesita tratamiento médico, los HIE permiten a otros médicos u hospitales comunicarse electrónicamente con nosotros acerca de usted. Esto nos ayuda a administrar su atención si más de un médico está involucrado. También nos ayuda a mantener las facturas médicas más bajas (evitar la repetición de pruebas de laboratorio). Y finalmente, nos ayuda a mejorar la calidad general de la atención provista a usted y otros. Estamos involucrados en una reforma médica nacional y podemos usar y compartir información, según se permita, para alcanzar los objetivos regionales o nacionales, incluso gestión de salud de la población, o iniciativas de bienestar aprobadas a nivel regional o nacional.

**Intercambio de información médica a nivel estatal.** Este centro puede participar en un HIE en línea de todo el estado. En tanto lo permita la ley, su información médica será compartida a través del HIE para proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de atención y para ayudar a los proveedores de atención médica, planes médicos, y funcionarios de salud pública, para tomar decisiones informadas. Para aceptar o rechazar estar en el HIE, debe notificar al HIE por su cuenta. Para obtener la información de contacto del HIE, visite: [https://terms.dignityhealth.org/cm/media/documents/HIE\\_Master\\_list\\_for\\_posting.pdf](https://terms.dignityhealth.org/cm/media/documents/HIE_Master_list_for_posting.pdf) o comuníquese con el responsable de privacidad del centro.



**Directorio del centro:** El directorio está disponible para que sus familiares, amigos y religiosos puedan visitarlo y saber cómo está. A menos que nos indique lo contrario, podemos listar en nuestro directorio su nombre, ubicación en el hospital, su condición general (buena, regular, etc.) y su religión. Daremos esta información (excepto su religión) a cualquier persona por fuera de la organización que pregunte por usted por su nombre. Un ejemplo es informar el número de habitación del hospital a un florista que le lleva flores. Su religión solo se dará a los miembros del clero adecuados. Si no desea que su nombre figure en el directorio, informe al personal de registro. Si su nombre no figura en el directorio, no podemos informar al público, incluso familiares o amigos, que se encuentra en nuestro centro.

**Actividades para recolectar fondos:** Podemos usar información limitada para comunicarnos con usted para recolectar fondos. También podemos compartir esa información con nuestras fundaciones de recolección de fondos. Puede elegir aceptar recibir solicitudes de recolección de fondos o no, si se comunican con usted.

**Investigación:** Podemos usar y compartir su información médica protegida para proyectos de investigación, como el estudio de la efectividad del tratamiento que haya recibido. Generalmente, obtendremos su permiso por escrito para usar o compartir su información para la investigación. Bajo determinadas circunstancias, podemos compartir su información médica protegida sin su permiso por escrito. Sin embargo, un comité especial que protege la confidencialidad de la información médica aprobará estos proyectos de investigación.

**Donación de órganos y tejidos:** Podemos compartir su información médica protegida con organizaciones que manejan la donación o trasplante de órganos, ojos o tejidos.

**Recordatorios de citas:** Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto con recordatorios de citas.

**Productos y servicios en línea:** Al trabajar con terceros, podemos compartir su información médica para poder ofrecerle productos o servicios en línea.

Al usar los productos o servicios, puede:

- ± programar citas
- ± reducir los tiempos de espera en las salas de emergencia
- ± buscar un médico u obtener acceso a su información médica a través de un portal

**Opciones de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud:** Podemos comunicarnos con usted sobre posibles opciones de tratamiento, beneficios o servicios relacionados con la salud que ofrezcamos.

**Educación en salud y programas de salud:** Podemos enviarle boletines o folletos o comunicarnos con usted sobre información relacionada con la salud, programas de gestión de enfermedades, programas de bienestar, u otros programas locales que puedan interesarle.

## **COMPARTIR INFORMACIÓN QUE REQUIERE O PERMITE LA LEY**

Estamos obligados o tenemos el permiso de leyes federales, estatales o locales de informar o compartir su información médica para diferentes fines. Algunos de esos fines requeridos o permitidos son:

**Actividades de salud pública:** Podemos compartir su información médica protegida según lo requiera o permita la ley a las autoridades o agencias gubernamentales de salud pública, cuyas actividades oficiales incluyan la prevención o el control de una enfermedad, lesión o discapacidad. Por ejemplo, debemos informar a las agencias gubernamentales determinada información sobre nacimientos, muertes y diferentes enfermedades. Podemos usar su información médica para informar a agencias de control las reacciones a medicamentos o los problemas con dispositivos médicos. Si lo solicitan, también podemos compartir su información médica protegida con agencias de salud pública que hacen el seguimiento del uso de opiáceos, enfermedades contagiosas o que están involucradas en la prevención de epidemias.

**Requerido por ley:** Algunas veces la ley requiere que reportemos determinada información. Por ejemplo, debemos informar abuso y negligencia infantil y de adultos mayores y, en algunos estados, abuso o negligencia conyugal. Debemos informar ciertos tipos de lesiones, tales como las lesiones causadas por armas de fuego. También debemos dar información a su empleador sobre enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo, o supervisión médica relacionada con el lugar de trabajo. Otro ejemplo es si debemos compartir información sobre tumores con registros estatales de tumores.

**Seguridad pública:** Podemos, y algunas veces debemos, compartir su información médica para evitar o disminuir una amenaza grave a usted o a la salud o seguridad de una persona en particular o del público general.

**Actividades de supervisión de salud:** Podemos compartir su información médica con una agencia de supervisión de salud, si lo permite la ley para estas actividades. Las agencias de supervisión de salud incluyen las agencias que dirigen Medicare y Medicaid, y las juntas de certificación médica o de enfermería estatales. Las actividades de supervisión de salud incluyen auditorías, investigaciones o inspecciones. Las actividades son necesarias para que el gobierno pueda controlar el tratamiento y gasto en atención médica, los programas gubernamentales y también el cumplimiento de las leyes civiles.

**Forenses, examinadores médicos y directores fúnebres:** Podemos compartir información médica sobre pacientes fallecidos con forenses, examinadores médicos y directores fúnebres para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte, u otras tareas permitidas.

**Fuerzas Armadas, Veteranos, Seguridad Nacional y otras agencias gubernamentales:** Podemos usar o compartir su información de salud con fines de seguridad nacional, actividades de inteligencia o para servicios de protección para el Presidente, o ciertas personas que se permiten por ley. Podemos compartir su información médica con las fuerzas armadas con fines de mandos militares, si es miembro de las fuerzas armadas. Podemos compartir información médica con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para una investigación o determinar nuestro cumplimiento con HIPAA.

**Procesos judiciales o administrativos:** Podemos usar o compartir su información médica en respuesta a órdenes o citaciones judiciales, solo si seguimos procedimientos requeridos por ley.

**Fuerzas policiales:** Podemos compartir su información médica con la policía (u otro personal de las fuerzas policiales) sin su permiso escrito:

- ± Si la policía lo llevó al hospital y nos pide que realicemos pruebas en sangre para abuso de alcohol o sustancias
- ± Si la policía presenta una orden de captura
- ± Si la policía presenta una orden judicial
- ± Para informar abuso, negligencia o asaltos, según lo requiera o permita la ley
- ± Para informar ciertas amenazas a terceros
- ± Si está bajo custodia policial o es un recluso de una institución correccional y la información es necesaria para proporcionarle atención médica, para proteger su salud y seguridad, la salud y seguridad de otros, o por la seguridad de la institución correccional.

**Fines de ayuda en desastres:** Podemos usar o compartir su información médica con organizaciones públicas o privadas para desastres, como la Cruz Roja Americana, para que se pueda informar a su familia su ubicación y condición en caso de desastre o emergencia. También podemos usarla para ayudar en la coordinación de los esfuerzos de ayuda en desastres.

**Compensación al trabajador:** Si nos informa que compensación al trabajador paga las visitas, podemos compartir su información médica para compensación al trabajador o programas similares que proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Su empleador o compañía de compensación al trabajador pueden solicitar el registro médico completo para su reclamo de compensación al trabajador. Este registro médico puede incluir detalles con respecto a su historia clínica, medicamentos actuales que toma y tratamientos.

**Reclusos:** Si es un recluso de una institución correccional, o está en custodia de un oficial de las fuerzas policiales, podemos compartir su información médica con la institución o el oficial. Podemos hacer esto para que la institución le proporcione la atención médica, para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros, o por la seguridad de la institución correccional.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Además de lo que dice este Aviso, no usaremos o compartiremos su información médica a menos que obtengamos su permiso escrito. Bajo HIPAA, este permiso se llama “autorización”. Si nos otorga un permiso escrito para usar o divulgar su información médica, puede revocar (retirar) ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no podremos usar o divulgar su información médica para los fines involucrados. Sin embargo, no podemos recuperar divulgaciones que ya hayamos realizado en función de su permiso anterior.

Obtendremos su permiso escrito para usar y divulgar su información médica para estos fines específicos, si lo requiere la ley:

### **Comercialización**

Significa hacer una comunicación sobre un producto o servicio que pueda interesarle comprar. Si le enviamos una comunicación de comercialización sobre un servicio o producto que no sea de CommonSpirit Health, o si recibimos pago de un tercero para que promovamos un producto o servicio, entonces debemos obtener su permiso escrito antes de poder usar o divulgar su información médica.

No debemos obtener su permiso escrito para hablar con usted en persona o enviarle información sobre lo siguiente:

- ± opciones de tratamiento de atención médica
- ± productos y servicios relacionados con la salud que son provistos por UCSF Health
- ± servicios de administración de caso o coordinación de servicios
- ± recomendar tratamientos, terapias, proveedores o entornos de cuidado alternativos
- ± muestras o regalos promocionales de valor nominal

Tiene derecho a revocar (retirar) su permiso de comercialización y cumpliremos con la revocación. Para saber con quien comunicarse para no recibir estas comunicaciones, comuníquese con el Responsable de privacidad.

## **Notas de psicoterapia**

Las notas de psicoterapia son notas especiales de un profesional de salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de terapia privada o una sesión grupal, conjunta o familiar. Las notas de psicoterapia se mantienen separadas del resto de la información médica, y no se pueden usar o divulgar sin permiso escrito, excepto que lo requiera la ley.

## **Información médica confidencial**

Si lo requieren las leyes estatales y federales, podemos pedirle un permiso escrito para usar o compartir información médica confidencial, como salud mental, abuso de sustancias, o información de pruebas genéticas.

## **Venta de información médica**

Si recibimos una remuneración (dinero u otros objetos valiosos) de manera directa o indirecta, a cambio de la información médica, obtendremos su autorización para la divulgación de su información médica.

## **ESTE AVISO NO CORRESPONDE A LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD**

Es posible que algunas actividades no estén cubiertas por este aviso y se las llama actividades híbridas bajo HIPAA. Si busca servicios en nuestras ferias de bienestar o salud, para servicios de salud ocupacional, servicios relacionados con la salud del empleado, actividades de investigación realizadas por instituciones académicas después de que su información fue enviada legítimamente a ellos, o servicios de laboratorio de acceso directo, este aviso e HIPAA no corresponden.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Sus derechos se mencionan a continuación. Algunos de los derechos requieren un formulario de solicitud escrito. Puede obtener el formulario de solicitud escrito adecuado de los departamentos descritos debajo.

**Solicitar su información (acceso o copia):** En la mayoría de los casos, cuando se solicita por escrito, puede ver u obtener una copia de su información médica protegida en sus registros médicos, o partes correspondientes de su registro de facturación, en formato de papel o electrónico. También puede solicitar que le enviemos copias electrónicas a una persona o entidad elegida por usted. Le daremos un formulario para completar para hacer la solicitud. Puede ver su información médica de forma gratuita. Si solicita copias de la información en papel o electrónicas, podemos cobrar una tarifa para cubrir el costo de copiar, enviar por correo y suministros. Para solicitar una copia de su información, comuníquese con el departamento de Registros Médicos/Administración de información médica, o al administrador de la práctica del médico del hospital, clínica o centro.

Si rechazamos su solicitud de ver la información u obtener una copia de ella, le informaremos el motivo por escrito. Además, puede solicitar por escrito que revisemos esa decisión. Un profesional de atención médica revisará su solicitud y la decisión. La persona que realiza la revisión no será la misma que rechazó la solicitud. Haremos el seguimiento del resultado de la revisión.

**Corregir su información (enmienda):** Si considera que su información está equivocada o no está completa, puede pedirnos por escrito corregir los registros (hacer una enmienda). Le daremos un formulario para completar para hacer la solicitud. Podemos rechazar su solicitud de que corrijamos un registro si no generamos o mantuvimos la información, o si creemos que el registro está completo y correcto. Si rechazamos su solicitud, puede pedirnos por escrito que revisemos ese rechazo. Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a darnos una declaración por escrito (no más de 250 palabras) que explique lo que piensa sobre la información. Colocaremos la declaración con su registro médico. Cada vez que divulguemos la información que usted considera que está equivocada no está completa, también divulgaremos su declaración.

**Obtener una lista de determinadas divulgaciones (explicación de las divulgaciones):** Puede solicitar una lista de determinadas divulgaciones que hayamos hecho de su información médica protegida durante los últimos seis años. Para obtener la lista, pida el formulario de Explicación de divulgaciones al departamento de Registros Médicos/Administrador de información médica, o al Responsable de privacidad. Su solicitud debe ser por escrito e indicar el período (hasta seis años) para el listado. La primera solicitud en un período de 12 meses es gratuita. Le cobraremos las solicitudes adicionales por nuestro costo de producir la lista. Le daremos una estimación del costo cuando solicite una lista adicional.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de temas de atención médica de cierta manera, o a una determinada dirección. Por ejemplo, puede pedirnos que solo nos comuniquemos con usted en un lugar que no sea la dirección de su casa, por ejemplo el trabajo, o que solo nos comuniquemos por correo en lugar de por teléfono. Su solicitud debe indicar cómo o dónde quiere que nos comuniquemos con usted. No requerimos un motivo. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

**Derecho a pedir una restricción:** Puede solicitar por escrito que limitemos nuestro uso o divulgación de su información médica protegida para tratamiento, pago y fines operativos. No debemos estar de acuerdo con la mayoría de las solicitudes. Cada vez que haga una solicitud escrita, consideraremos la solicitud y le informaremos por escrito nuestra decisión de aceptar o rechazar su solicitud. Estamos legalmente requeridos a aceptar solo un tipo de solicitud de restricción: Si nos pagó

completamente un procedimiento o artículo médico, por el cual normalmente hubiéramos facturado a su plan de salud, debemos aceptar su solicitud de no compartir información sobre ese procedimiento o artículo con su plan médico. Por ejemplo, si visitó a un terapeuta y pagó completamente los servicios en lugar de enviar los gastos a su plan médico, puede solicitar que su información médica relacionada con la terapia no se comparta con su plan médico.

**Derecho a recibir aviso de una violación a la privacidad:** Le informaremos si descubrimos una violación a su información médica. Una violación significa que su información médica se divulgó o compartió de manera accidental y existe la posibilidad de que se haya visto comprometida. El aviso le informará sobre la violación, las medidas tomadas para reducir los posibles daños de la violación, y las acciones que es posible que deba realizar en respuesta a la violación.

**Derecho a una copia en papel de este aviso:** Tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Si recibió este aviso por medios electrónicos, aún puede tener una copia en papel del mismo. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento.

**Para hacer preguntas sobre estos derechos, o para obtener una copia en papel de este aviso, comuníquese con el Responsable de privacidad. O, puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web.**

## **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad periódicamente. Los cambios corresponderán a la información médica actual, así como a nueva información después de que se produzca el cambio. Si hacemos un cambio importante, cambiaremos este aviso. También publicaremos el nuevo aviso en nuestros centros y nuestro sitio web. Puede solicitar por escrito una copia de este aviso en cualquier momento, comunicándose con el Responsable de privacidad del centro. Si nuestro aviso cambia sustancialmente, le daremos una copia del aviso la próxima vez que se registre para un tratamiento.

## **¿TIENE INQUIETUDES O RECLAMOS?**

Si cree que sus derechos a la privacidad fueron violados, puede comunicarse con nosotros al [privacy@ucsf.edu](mailto:privacy@ucsf.edu) o llamar al (415) 353-2750, o comunicarse con el Oficial de Cumplimiento de la instalación. Además, debe enviar un reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov) o al Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201. No tomaremos medidas contra usted ni cambiaremos nuestro tratamiento porque presente un reclamo.

## **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Oficina de Privacidad y Cumplimiento de la Cuidado de la Salud de UCSF  
(UCSF Office of Healthcare Compliance & Privacy)

Teléfono: (415) 353-2750

Correo electrónico: [privacy@ucsf.edu](mailto:privacy@ucsf.edu)