



H I P A A
*Aviso sobre las Prácticas
de la Privacidad
Notice of Privacy Practices*





1500002

Name:
Nombre:

Medical Record Number:
Número del Expediente Médico:

Acuse de Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) para el Sistema de Salud de la Universidad de Virginia

*Acknowledgement of Receipt of the HIPAA Notice of Privacy Practices
for the University of Virginia Health System*

La Ley federal requiere que obtengamos su acuse de recibo por escrito del Aviso de las Prácticas de Privacidad de UVA. Por favor firme abajo:

Federal law requires that we obtain your written acknowledgement of receipt of the UVA Notice of Privacy Practices. Please sign below.

Yo reconozco que he recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad de UVA.

I acknowledge that I have received the UVA Notice of Privacy Practices.

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____
Patient Name (Print):

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____
Patient Date of Birth:

Nombre del Representante Legal
(en letra de molde) (si el paciente no puede firmar): _____
Legal Representative Name (Print) (if patient unable to sign):

Firma del Paciente o de su Representante Legal: _____
Patient or Legal Representative Signature:

Fecha: _____
Date:

Por favor envíe el formulario completado a:
Please send the completed form to:

**Health Information Services, University of Virginia Medical Center,
P.O. Box 800746, Charlottesville, VA 22908-0476**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR EXAMÍNELA DETENIDAMENTE.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este aviso, por favor comuníquese con la Oficina de Cumplimiento Corporativo y de Privacidad (Corporate Compliance and Privacy Office) al teléfono número 434.924.2938.

QUIÉN ESTARÁ SUJETO A ESTE AVISO.

Este aviso describe las prácticas de privacidad del Sistema de Salud de la Universidad de Virginia, incluyendo al Centro Médico de UVA, los Servicios de Atención

Médica Domiciliaria Continua, el Grupo de Médicos de la Universidad de Virginia, el Hospital de Atención Transitoria de la Universidad de Virginia, y:

- Cualquier profesional de atención de la salud autorizado a incluir información en su historial médico.
- Todos los departamentos, clínicas y unidades.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios a quien permitimos que le preste ayuda mientras usted sea un paciente.
- Todos los empleados del Sistema de Salud, personal de planta y otro tipo de personal y estudiantes.
- La Fundación de Urología de Virginia, la Medicina Comunitaria de la Universidad de Virginia LLC y el Centro de Imagenología de la Universidad de Virginia LLC.
- La Unidad de Psiquiatría del Centro Médico para pacientes internos proporciona a los pacientes un aviso suplementario que describe las actividades de esa clínica.
- Todas las entidades, áreas, y localidades arriba indicadas pueden compartir información médica entre sí para propósitos de tratamiento, pago u operaciones descritos en este aviso.

NUESTRA PROMESA EN LO CONCERNIENTE A LA INFORMACIÓN MÉDICA.

Comprendemos que la información médica referente a usted y a su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica acerca de usted. Para ello creamos un expediente acerca de la

atención médica y servicios que usted recibe. Necesitamos este expediente para proporcionarle atención médica de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todo el historial clínico generado por el Sistema de Salud, ya sea si ha sido creado por el personal del hospital o por su médico personal. Este aviso le informará acerca de las formas en las que podemos usar y divulgar información médica acerca de usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en relación al uso y la divulgación de información médica.

Por ley estamos obligados a: asegurarnos de que la información médica que le identifica a usted se mantenga privada; entregarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad concernientes a su información médica y cumplir con los términos del aviso que esté actualmente vigente.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar información médica. Para cada categoría de uso o divulgación daremos una explicación de lo que queremos decir y daremos

ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en las que nos está permitido usar y divulgar información entrarán dentro de una de estas categorías.

Para el Tratamiento. Podemos usar información médica acerca de usted para suministrarle tratamientos o servicios médicos. Le proporcionaremos información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos, residentes u otro personal que participe en su atención médica. Por ejemplo, un médico que le está dando tratamiento para una pierna fracturada necesita saber si usted tiene diabetes ya que la diabetes puede retardar el proceso de curación. Además, el médico puede necesitar informar al dietista si usted tiene diabetes para que podamos hacer arreglos para comidas adecuadas durante su estancia en el hospital. Los diferentes departamentos del Sistema de Salud también pueden compartir información médica acerca de usted para coordinar las diferentes cosas que necesita, como prescripciones, análisis de laboratorio y radiografías. Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted para comunicarle acerca de un tratamiento disponible; por ejemplo, enviarle recordatorios acerca de citas o de medicamentos que necesite volver a surtir o para ofrecerle programas de bienestar y educativos o para decirle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que pudieran serle de interés.

También podemos divulgar información médica acerca de usted a personas fuera del Sistema de Salud que proporcionan servicios relacionados con su atención médica, como agencias de atención a domicilio o proveedores de equipos médicos.

Para el Pago. Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que reciba puedan ser facturados y para que el pago le sea cobrado a usted, a una compañía de seguro o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos dar información a su plan de salud acerca de su cirugía para que nos pague o le reembolse a usted por la cirugía. Podemos informarle a su plan de salud acerca de un tratamiento que va a recibir con el objeto de obtener aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el resto del tratamiento. **Si usted no quiere que su plan de salud reciba información acerca de un tratamiento por el cual usted ya ha pagado anticipadamente, por favor consulte “Derecho a Solicitar Restricciones” en la página 3 de este aviso.**

Para Operaciones de Atención Médica. Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted para operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el buen funcionamiento del Sistema de Salud y para asegurarnos que todos nuestros pacientes reciban atención médica de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para analizar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal al atenderle. También podemos combinar información médica acerca de muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debe ofrecer el Sistema de Salud, cuales no son necesarios y si ciertos tratamientos son eficaces. Asimismo podemos proporcionar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y enfermería, así como otro personal y becarios con el propósito de revisión y aprendizaje. También podemos combinar la información médica que tenemos con la de otros hospitales para comparar nuestro funcionamiento y para determinar si podemos hacer mejoras con respecto

a la atención médica y servicios que ofrecemos. Es posible que eliminemos la información que le identifique a usted de este conjunto de información médica para que otros puedan utilizarla con el fin de estudiar la atención médica y la forma de proporcionarla sin que sepan quién es usted.

Socios. Hay algunos servicios que proporcionamos a través de nuestra organización por medio de contratos con asociados comerciales. Ejemplos de ello incluyen el mantenimiento de computadoras por compañías externas y la transcripción de expedientes médicos por compañías externas de servicios de datos médicos. Cuando contratamos estos servicios podemos divulgar información sobre su salud a nuestros socios comerciales con el fin de que puedan llevar a cabo el trabajo que les hemos encomendado. De la misma manera, hay departamentos de la universidad que nos proporcionan servicios y que pueden necesitar tener acceso a la información sobre su salud para llevar a cabo su trabajo. Exigimos a nuestros socios comerciales y a los otros departamentos de UVA que protejan debidamente su información y que **inmediatamente nos notifiquen de cualquier infracción a la información sobre su salud.**

Actividades para la Recaudación de Donaciones. Podemos usar la **siguiente** información para dirigirnos a usted en un esfuerzo por alentar donaciones para el Sistema de Salud.

También podemos revelar **esta información a una fundación relacionada con el** Sistema de Salud para que la fundación pueda ponerse en contacto con usted con este objeto. Esto significa su nombre, dirección, número de teléfono y **otra información de contacto, edad, sexo, estado de su seguro, los nombres de sus médicos,** las fechas en las que usted recibió tratamiento o servicios en el hospital y **los departamentos en donde recibió tratamiento o servicios.** No incluye información acerca de su diagnóstico o tratamiento, **excepto que podemos utilizar o divulgar, a una fundación relacionada, información limitada con respecto al resultado de su tratamiento para fines de revisión.** Si usted no desea que el hospital se ponga en contacto con usted para fomentar donaciones, puede notificarlo a la Oficina para el Desarrollo del Sistema de Salud llamando 800.297.0102 o al 434.924.8432.

Información en el Directorio de Pacientes Hospitalizados. Al menos que usted nos participe que se opone, utilizaremos su nombre, ubicación en el hospital y su condición general para dar respuesta a las personas que nos pregunten por usted, si está usted hospitalizado. **Si usted no desea que una parte o la totalidad de esta información se emplee con este propósito durante su estancia en el hospital, por favor notifique al Centro de Coordinación de Camas (Bed Coordination Center) llamando al 434.243.9931, o si desea restringir este uso permanentemente, por favor avise a la Oficina de Ingresos (Admitting Office) al 434.924.9231.** Esta información y su afiliación religiosa también se **puede proporcionar a los miembros del clero.** Si usted no desea que alguna o toda esta información **se comunique a los miembros del clero, por favor avise a la Oficina de Ingresos al 434.924.9231.**

Personas que Participan en su Atención Médica o en su Pago. Podemos divulgar información acerca de usted a un familiar o amistad que participe en su atención médica o en el pago de la misma. Podemos comunicarle a su familia o amistades sobre su condición y que está usted en el hospital. Podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que esté prestando auxilio durante una catástrofe para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, estado y ubicación.

Otros Proveedores de Atención Médica. Podemos divulgar información médica a profesionales de la salud que le hayan atendido o le estén atendiendo en la actualidad, tales como equipos de rescate, hospitales que le hayan remitido y sus

médicos, o al director de una residencia de ancianos para que ellos puedan usarla al darle tratamiento, para obtener el pago de este tratamiento y para ciertas operaciones relacionadas con la atención de la salud, tales como la evaluación de la calidad de su atención médica y el desempeño de su personal, proporcionando entrenamiento y la revisión de licencias y acreditaciones.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias podemos usar y divulgar información médica sobre usted para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede requerir el comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro para la misma condición. También podemos retener muestras de tejidos o de sangre y de otros fluidos similares normalmente desechados después de un procedimiento médico, para usarlos posteriormente en proyectos de investigación. Sin embargo, todos estos proyectos de investigación están sujetos a un proceso de autorización especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de información médica, tratando de buscar el equilibrio entre las necesidades de la investigación y la necesidad de los pacientes a la privacidad de su información médica. Antes de que usemos o divulguemos información médica para fines de investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de autorización para la investigación. En algunos casos, se requeriría su autorización. En otros casos no, cuando el proceso de revisión determina que, cuando mucho, el proyecto crea un riesgo mínimo a la confidencialidad. También podemos divulgar información médica sobre usted a las personas que se estén preparando para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información médica que ellos revisen no salga fuera del Sistema de Salud. Y si un proyecto de investigación se puede llevar a cabo usando datos médicos de los cuales se haya eliminado toda la información que le identifique a usted (como su nombre, número de seguro social y número de expediente médico), podemos usar o divulgar los datos sin una autorización especial. También podemos usar o divulgar datos para la investigación reteniendo algunos puntos de identificación tales como fecha de nacimiento, fecha en que fue ingresado, tratamiento que recibió e información general sobre donde vive usted (no su dirección), sin una autorización especial. Sin embargo, en este caso, solicitaríamos a quienes reciben los datos que firmen un acuerdo para protegerlos debidamente.

Según lo requerido por la Ley. Divulgaremos información médica sobre usted cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

Para Evitar una Amenaza Grave contra la Salud o la Seguridad. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando fuera necesario evitar una amenaza inmediata grave para su salud y seguridad o para la salud y la seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación sería hecha solamente a la persona que fuera capaz de evitar la amenaza.

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica a las organizaciones que se ocupan de obtener órganos y tejidos o a un banco de donación de órganos, para fomentar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Militares y Veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted de acuerdo a lo estipulado por las autoridades de mando militares. También podemos divulgar información médica acerca del personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

Indemnización por Accidentes de Trabajo. Podemos

divulgar información médica sobre usted a programas de compensación al trabajador o a programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos a la Salud Pública. Podemos divulgar información médica acerca de usted para las actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Prevención o control de enfermedades, lesiones e incapacidades;
- Reporte de nacimientos y fallecimientos;
- Reporte de incapacidades peligrosas de conductores y pilotos;
- Reportar abuso o negligencia contra niños, ancianos y pacientes incompetentes; o
- Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar al público de la retirada del mercado de productos que podrían estar usando.

Actividades para la Supervisión de la Salud. Podemos divulgar información médica a un organismo de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y obtención de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda controlar el sistema de atención a la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Litigios y Disputas. Si usted está implicado en una demanda judicial o una disputa, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Asimismo podemos revelar información médica acerca de usted en respuesta a una citación judicial, una petición de descubrimiento de pruebas, o cualquier otro proceso legal de otra persona implicada en la disputa, pero solamente si se hubiera hecho lo posible por informarle a usted sobre la petición o por obtener una orden de protección de la información solicitada.

Cumplimiento de la Ley. Podemos divulgar información médica si nos fuera solicitada por un funcionario del orden público:

- En respuesta a una orden judicial, citación judicial, mandato judicial, orden de comparecencia o un proceso similar;
- Acerca de un fallecimiento que creyéramos que pueda ser el resultado de conducta criminal;
- Sobre conducta criminal en el hospital; y
- Sobre heridas hechas por ciertas armas.

Médicos Forenses y Directores de Funerarias. Podemos divulgar información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario por ejemplo, para identificar a una persona que ha fallecido o para determinar la causa de su muerte. También podemos divulgar información médica acerca de los pacientes que han fallecido en el hospital a los directores de funerarias para que puedan cumplir con sus tareas.

**SUS DERECHOS
EN LO
CONCERNIENTE
A LA
INFORMACION
MÉDICA DE
USTED.**

Usted tiene los siguientes derechos en lo que concierne a la información médica que mantenemos sobre usted:

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar o recibir una copia de su expediente médico y de facturación, o a que se le envíe una

copia a una persona que usted designe. Usted puede solicitar copias de expedientes en un formato electrónico y, si están disponibles en este formato, se le proporcionarán de esa manera. Si no lo están, lo haremos en un formato alternativo. Para los expedientes médicos, usted debe presentar un

formulario de autorización firmado a “Health Information Services, University of Virginia Medical Center”, P.O. Box 800476, Charlottesville, VA 22908-0476 o por fax al 434.243.5995. Tanto los formularios de autorización como las instrucciones están disponibles en la siguiente página web del Centro Médico: <http://uvahealth.com/patients-visitors-guide/medical-records>.

Si tiene cualquier pregunta puede llamar al 434.924.5136. Para su expediente de facturación, puede escribir a “Patient Financial Services”, P.O. Box 800750, Charlottesville, VA 22908-0750, o llamar al 800.523.4398. Para las facturas de los médicos, puede solicitarlas escribiendo a “University of Virginia Physicians Group”, P.O. Box 9007, Charlottesville, VA 22906-9007, o llamar al 434.980.6110 o al 800.868.6600. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle por los gastos de reproducción y de envío postal.

Podemos Rechazar su Petición para Inspeccionar y Copiar en Ciertas Circunstancias muy Limitadas. Si se le negara el acceso a la información médica, usted puede solicitar que se revise la negativa. Otro profesional para la atención a la salud con licencia, seleccionado por el hospital, revisará su petición y esta negativa. La persona que lleve a cabo la revisión no será la persona que negó su petición. Nosotros acataremos el resultado de la revisión.

Derecho a Enmienda. Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, nos puede solicitar que se enmiende dicha información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda durante todo el tiempo que la información sea mantenida por o para el Sistema de Salud. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe de ser hecha por escrito y dirigida a “Health Information Services, University of Virginia Medical Center”, P.O. Box 800476, Charlottesville, VA, 22908-0476. Además, usted debe justificar su petición. Podemos denegar su petición si usted nos pide enmendar información que:

- No fue creada por nosotros, a no ser que usted pudiera demostrar que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda, si es así, añadiremos su petición al expediente de información;
- No es parte de la información médica mantenida por o para el Sistema de Salud;
- No forma parte de la información que usted está autorizado para inspeccionar y copiar, o
- Es correcta y completa.

Derecho a una Contabilidad de las Divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar una “contabilidad de las divulgaciones”. Esta es una lista de divulgaciones de su información médica realizadas, que no están relacionadas con su tratamiento, pagos o con operaciones relacionadas con la atención a la salud y sobre las cuales usted no tenía conocimiento previo.

Para solicitar esta lista de contabilidad de divulgaciones, usted debe de dirigir su solicitud por escrito a “Health Information Services, University of Virginia Medical Center”, P.O. Box 800476, Charlottesville, VA 22908-0476. Su solicitud deberá indicar un período de tiempo que no podrá ser superior a seis años. Su petición debe indicar la forma en que desea recibir la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que usted solicite en un período de 12 meses se le proporcionará de forma gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los gastos originados por suministrarle la lista. Le comunicaremos el costo que esto supone y puede elegir si desea retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en gastos.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene derecho a restringir la divulgación de información relacionada con su salud a su **plan de salud** por los servicios que usted haya

pagado en su totalidad de su propio bolsillo con anterioridad al servicio que se le proporcionó. Esta restricción aplica solamente si la divulgación es a un plan de salud con propósitos de pago u operaciones de atención de la salud y si la información protegida de la salud se refiere a un asunto o servicio de atención de la salud que ya se pagó en su totalidad al proveedor de la salud con anterioridad al servicio. Hable con el personal de la clínica o con su médico para ejercer este derecho.

Tiene derecho a solicitar **otras restricciones** sobre **nuestro uso o divulgación de** información médica acerca de usted **para propósitos de tratamiento, pagos u operaciones, o la divulgación de información sobre la salud acerca de usted** a alguien que participa en su atención médica o en el pago de la misma. **No estamos** obligados a acceder a **su solicitud de estas restricciones**. Por ejemplo, no podríamos acceder con solicitudes **que no podamos razonablemente cumplir** o que pudieran interferir con su tratamiento **tales como** restringir el acceso del médico que lo remitió o a su médico de atención primaria a información sobre su salud. Nuestro proceso habitual es enviar de inmediato los expedientes de su consulta al médico que lo remitió.

Se puede solicitar la restricción de divulgación de expedientes de la salud a otras personas llamando a "Health Information Services" al 434.924.5136. Solicitudes para restringir divulgaciones de los registros de facturación y pago del Centro Médico llamando a "Patient Financial Services" al 434.924.5377. Solicitudes para restringir la divulgación de los registros de facturación y pago de médicos llamando a "**UVA Physicians Group**" al 434.980.6134. Si estamos de acuerdo cumpliremos con su solicitud a no ser que la información sea requerida para proporcionarle servicios de emergencia.

Derecho a Solicitar una Forma Alternativa de Comunicación. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en lo concerniente a asuntos médicos de cierta manera o en una ubicación específica. Por ejemplo, usted puede pedir que nos pongamos en contacto con usted solamente en el trabajo o por correo. Para solicitar alternativas para comunicarnos con usted, debe de hacer su solicitud por escrito poniéndose en contacto con la Oficina de Ingresos al 434.924.9231 para recibir instrucciones de cómo hacer su solicitud. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Satisfaceremos todas las solicitudes razonables en la medida de nuestras capacidades técnicas. Su solicitud debe de especificar cómo y dónde desea que nos pongamos en contacto con usted.

Derecho a Recibir una Notificación de Cualquier Infracción. Usted tiene derecho de recibir una notificación por escrito por parte de nosotros en caso de que haya habido una infracción de información identificable de su salud.

Derecho a una Copia Impresa de este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha estado de acuerdo en recibir este aviso electrónicamente, aún así tiene derecho a un ejemplar impreso de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestra página web <http://uvahealth.com/patients-visitors-guide>. Para obtener una copia impresa como este aviso, comuníquese con la Oficina de Ingresos al 434.924.9231.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso y a hacer que el aviso cambiado tenga efecto inmediato sobre la información médica que ya tenemos acerca de usted así como cualquier información que recibamos en el futuro. Exhibiremos una copia del aviso vigente en las

áreas de registro y de ingreso y otras áreas clave del Sistema de Salud, y en nuestra página web. Este aviso incluirá la fecha en que entre en vigor en su primera página. Además, cada vez que usted se registre o sea ingresado al Sistema de Salud para servicios de tratamiento o atención a la salud como paciente interno o externo, tendremos disponibles ejemplares del aviso vigente.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos a la privacidad se han infringido, puede presentar una queja al Sistema de Salud o al Secretario del Departamento del Salud y de Recursos Humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services). Para presentar una queja, diríjase la Oficina de Cumplimiento Corporativo y Privacidad (Corporate Compliance and Privacy Office) llamando al 1.434.924.2938. No se le penalizará por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y divulgaciones de la información médica no cubiertos por este aviso o por las leyes que se aplican a nosotros serán hechos únicamente con su permiso por escrito (una "autorización"). **En particular, la mayoría de los usos y divulgaciones de la información médica para propósitos de mercadeo, la mayoría de las divulgaciones a cambio de pago y la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia requerirían su autorización.** Si usted nos da permiso para usar o divulgar información médica acerca de usted para un propósito en particular, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento poniéndose en contacto con la Oficina de Cumplimiento Corporativo y Privacidad (Corporate Compliance and Privacy Office) llamando al 1.434.924.2938. Si usted revoca su permiso, no usaremos ni divulgaremos más ninguna información médica referente a usted por las razones expuestas en su autorización por escrito. Debe comprender que no podemos retractarnos de ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso y que estamos obligados a retener nuestros expedientes sobre la atención médica que le hemos proporcionado.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

El Sistema de Salud puede recopilar su número de seguro social. Utilizamos los números de seguro social para fines de identificación y verificación (por ejemplo, para proporcionar el expediente médico correcto cuando hay dos pacientes con el mismo nombre). La Ley del Estado de Virginia (Código de Virginia 58.1-521) también nos exige que recopilemos el número de seguro social para su uso en caso necesario en el programa de compensación administrativa. Hay otros programas del gobierno, como Medicaid, que exigen el número de seguro social. La entrega de un número de seguro social es voluntario, excepto en el caso de personas que soliciten planes del gobierno para los cuales se requiere dicho número. Las prácticas de privacidad en el Aviso aplican a su número de seguro social.

Para mayor información, diríjase a la Oficina de Cumplimiento Corporativo y Privacidad (Corporate Compliance and Privacy Office) llamando al 1.434.924.2938.

MÁS INFORMACIÓN

Aviso de no Discriminación

El Sistema de Salud UVA recibe y brinda servicios, programas y actividades a todos los pacientes y visitantes. Sistema de salud UVA:

- Cumple con todas las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a pacientes o visitantes por motivos de raza, edad, color, origen nacional, religión, discapacidad, orientación sexual, género, identidad de género o expresión de género.
- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, incluyendo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas en más de 150 idiomas diferentes a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que incluye:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita dispositivos de comunicación o servicios de idiomas, llame a nuestra oficina de idiomas al 434.982.1794.

Si cree que El Sistema de Salud UVA no ha brindado estos servicios o ha discriminado de alguna manera, puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico con:

Patient Experience Officer
PO Box 800704
Charlottesville, VA 22908-0704
434.924.8315
patientexperience@hscmail.mcc.virginia.edu

Puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (Department of Health and Human Services). Si lo desea, podemos ayudarlo.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Sala 509F, edificio HHH
Washington, D.C. 20201
800.368.1019
800.537.7697 (TDD)

Los formularios de quejas, información y un portal en línea para la presentación electrónica están disponibles en:

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint

UVA Health System will provide an interpreter at no personal cost to you.

¿Habla español? Le proporcionaremos un intérprete sin costo alguno para usted.

한국어를 사용하십니까?
무료로 통역 서비스를 제공해
드리겠습니다.

Quý vị nói được tiếng Việt không? Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí cho quý vị.

您讲国语吗？我们将免费为您提供翻译。

هل تتحدث اللغة العربية؟ سوف نوفر لك مترجمًا فورًا بدون أي تكلفة عليك.

Nakapagsasalita ka ba ng Tagalog?
Magbibigay kami ng tagasalin nang wala kang personal na babayaran.

فارسی صحبت می کنید؟ یک مترجم شفاهی رایگان در اختیار شما قرار خواهیم داد.

فارسی صحبت می کنید؟ یک مترجم شفاهی رایگان در اختیار شما قرار خواهیم داد.

አማርኛ ይናገሩሉ? እርስዎ በግልጽ ምንም ወጪ ሳያወጡ እስተርጓሚ እናቀርባለን።

کیا آپ اردو بولتے ہیں؟ ہم بغیر آپ کے ذاتی لاگت کے آپ کے لئے ترجمان فراہم کریں گے۔

Parlez-vous français? Nous vous fournirons gratuitement un interprète.

Вы говорите по-русски? Мы абсолютно бесплатно предоставим вам переводчика.

क्या आप हिन्दी बोलते हैं? हम आपके लिए बिना किसी निजी लागत के एक दुभाषिया को उपलब्ध कराएँगे।

Sprechen Sie Deutsch? Wir stellen Ihnen unentgeltlich einen Dolmetscher zur Verfügung.

আপনি কি বাংলায় কথা বলেন?
আমরা আপনাকে একজন দোভাষী
(ইন্টারপ্রিটার) দেব যার জন্য আপনার ব্যক্তিগতভাবে অর্থব্যয় করতে হবে না।

तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ? हामी तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा दोभाषे उपलब्ध गराउने छौं।

Je, unazungumza Kiswahili? Tutakupatia mkalimani bila gharama yoyote kwako.

آیا شما دری صحبت می کنید؟ ما به شما ترجمان رایگان مهیا میکنیم.

Nje o nso Yoruba? A o fun o ni ogbufo lai gba owo lowo re.