

FLORIDA HOSPITAL

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA CON EL PACIENTE DE LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD [HIPAA según sus siglas en inglés]

Fecha de vigencia: 10 de Noviembre 2011

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

Florida Hospital para Niños, Florida Hospital Orlando, Florida Hospital Altamonte, Florida Hospital Apopka, Florida Hospital Este Orlando, Florida Hospital Celebration Health, Florida Hospital Kissimmee, y Winter Park Memorial son centros afiliados a Sistema de Salud Adventista (AHS, según sus siglas en inglés). Excepto por cambios en la ley estatal y la personalización de esta Notificación para cada institución de AHS, generalmente todos los centros AHS siguen esta misma Notificación. Esta Notificación se aplica a todos los registros de salud que lo identifiquen y la atención que reciba en las instituciones de AHS. www.FloridaHospital.com Si usted es menor de 18 años de edad, sus padres o tutor deben firmar y manejar sus derechos de privacidad por usted.

Si tiene alguna duda acerca de esta notificación, sírvase contactar a: Oficina de Administración de Regulación, Florida Hospital, 407-303-9659.

Sección A: ¿Quiénes cumplirán esta notificación?

Esta notificación describe las prácticas de Florida Hospital y de:

- Cualquier profesional de la salud autorizado a incluir información en su historia médica.
- Todos los departamentos y unidades de Florida Hospital
- Cualquier miembro de grupos voluntarios autorizados por nosotros a ayudarlo a usted mientras se encuentre en Florida Hospital
- Todos los empleados, personal de servicios y demás trabajadores de Florida Hospital

Establecimientos Hospitalarios, Establecimientos de Cuidado Agudos a Largo Plazo, Centros de Cirugía Ambulatoria, Centros de Consulta Externa, Establecimientos de Cuidado Sin Previa Cita, Personal y Médicos Contratados, Centros de Atención Familiar, Establecimientos de Atención de Emergencia y Ambulatoria, y Establecimientos de Servicios Médicos Caseros. Todas estas entidades, sitios y lugares cumplen las condiciones de esta notificación. Además, estas entidades, sitios y lugares pueden intercambiar información de carácter médico para tratamientos, pagos o servicios hospitalarios como se especifica en esta notificación. Las adquisiciones o ventas recientes de entidades, sitios o lugares pueden no estar presentes en esta lista.

Sección B: Nuestro compromiso con relación a la Información Médica.

Comprendemos que la información médica concerniente a usted y su salud es un tema privado, y estamos comprometidos a protegerla. Confeccionamos un registro donde se reflejan todos los cuidados y servicios que usted recibe en este hospital. Este registro es necesario para poder proporcionarle una atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. La presente notificación se aplica a todos los registros sobre su atención médica que se generen o mantengan en Florida Hospital, ya sean confeccionados por personal de Florida Hospital o por su médico de cabecera, quien puede seguir políticas o notificaciones diferentes en referencia al uso y la divulgación que hacen los médicos de la información acerca de usted que se genera en el consultorio o la clínica.

Esta notificación le indica las formas en las cuales podemos utilizar y divulgar la información médica acerca de usted. Igualmente describimos sus derechos y ciertas obligaciones que nosotros tenemos en cuanto al uso y divulgación de la información médica.

La ley nos obliga a:

- Tratar por todos los medios de mantener el carácter privado de la información médica acerca de usted que lo identifica;
- Facilitarle esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Aplicar los términos de la notificación vigente.

935-0215 (11-01-2011) (MPC 178314)

Sección C: Cómo podemos usar y revelar información médica sobre usted.

Podemos compartir su información médica en cualquier formato que determinemos apropiado para coordinar eficientemente todo lo relacionado con el tratamiento, pago y servicios médicos de su atención. Por ejemplo, podremos compartir su información de forma oral, por fax, en papel o a través de intercambio electrónico.

Las categorías siguientes indican las formas en que se puede usar y divulgar la información médica. Explicaremos el significado de cada categoría de uso y divulgación de la información, y trataremos de proporcionar ejemplos. No se mencionan todas las categorías en esta notificación. Sin embargo, todas las formas permitidas de uso y divulgación de la información estarán incluidas en una de las categorías.

➤ **Tratamiento.** Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios de salud. Esta información puede entregarse a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina o cualquier otro personal de Florida Hospital involucrado en proporcionarle cuidados médicos. Por ejemplo, el doctor que lo trata por una fractura de una pierna puede tener necesidad de saber si usted padece de diabetes, ya que esta enfermedad puede retardar el proceso de curación. Además, es posible que tenga necesidad de comunicarle al dietista que usted padece de diabetes para que podamos proporcionarle una dieta adecuada. A su vez, otros departamentos de Florida Hospital pueden acceder a su información médica con el objetivo de coordinar los servicios que usted necesita, tales como recetas médicas, exámenes de laboratorio y radiografías. También podemos divulgar su información médica a otras personas no pertenecientes a Florida Hospital que estén comprometidas con los cuidados de salud que usted pueda necesitar luego de salir de Florida Hospital, tales como familiares, personal religioso u otros a cargo de proporcionarle los servicios que forman parte de sus cuidados.

➤ **Pagos.** Podemos utilizar y divulgar su información médica de manera que el tratamiento y los servicios que usted reciba en Florida Hospital puedan ser facturados y usted, la compañía de seguros o una tercera persona puedan realizar el pago de los mismos. Por ejemplo, podemos notificar a su seguro de salud si usted fue sometido a una operación quirúrgica en Florida Hospital para que éste pague la cuenta o le reembolse a usted por el servicio. También podemos informar a su seguro de salud acerca de determinado tratamiento que usted va a recibir, para obtener una aprobación previa o para definir si cubrirá el costo de dicho tratamiento.

➤ **Servicios Médicos.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para que Florida Hospital pueda brindarle los servicios médicos que usted necesita. Esto es necesario para el funcionamiento de Florida Hospital y para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciben un tratamiento de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica para revisar nuestro sistema de tratamientos y servicios, y para evaluar el desempeño de nuestro personal encargado de cuidar de usted. Podemos divulgar su información médica a nuestros asociados comerciales que nos ayudan con funciones administrativas y otras. Estos asociados comerciales podrán redivulgar su información médica según sea necesario para nuestras funciones de servicios médicos. De la misma forma, podemos combinar la información médica de varios pacientes para decidir cuáles son los servicios adicionales que Florida Hospital debiera ofrecer, aquellos que no son necesarios y la efectividad de determinados tratamientos novedosos. Podemos también divulgar información a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y personal de Florida Hospital para estudio y aprendizaje. La información médica a nuestra disposición puede combinarse con información proveniente de otras entidades para comparar nuestro desempeño y determinar si podemos mejorar los cuidados y servicios que ofrecemos. La información específica que lo identifica a usted puede eliminarse de esta información médica de manera que otros puedan utilizarla para estudiar los cuidados de la salud y la entrega de los mismos sin conocer la identidad de los pacientes.

➤ **Recordatorios para Citas.** Podemos usar y divulgar la información médica sobre usted para recordarle su cita con Florida Hospital para recibir tratamiento o servicios médicos.

➤ **Alternativas de Tratamientos.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para informarle o recomendarle opciones o alternativas de tratamientos que puedan ser de su interés.

➤ **Servicios y Beneficios relacionados con la Salud.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para informarle acerca de

servicios y beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

➤ **Actividades para Recaudación de Fondos.** Podemos usar información médica sobre usted para contactarlo con el propósito de recaudar fondos para Florida Hospital y sus servicios. Esta información puede ser divulgada a fundaciones relacionadas con Florida Hospital de manera que la fundación pueda contactarlo a usted para recaudar fondos. Sólo se divulgaría información de contacto, como su nombre, domicilio, número telefónico sexo, edad y estado del seguro, así como las fechas en que recibió tratamiento o servicios por parte de Florida Hospital. Si usted no desea que Florida Hospital se comuniquen con usted con el objetivo de recaudar fondos, deberá enviarnos una notificación por escrito. FHfoundation@fhosp.org.

➤ **Directorio de Pacientes.** Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio de pacientes de Florida Hospital mientras usted sea un paciente de Florida Hospital. Esta información incluye su nombre, ubicación dentro de Florida Hospital, su condición general (por ejemplo: regular, estable, etc.) y sus creencias religiosas. Esta información, con excepción de sus creencias religiosas, puede ser divulgada a las personas que pregunten directamente por usted. La religión que usted practica puede ser revelada a algún miembro de una organización religiosa, por ejemplo un sacerdote o un rabino, incluso si no preguntan por usted directamente. Esto se hace con el objetivo de que su familia, amigos y consejeros espirituales puedan visitarlo a usted en Florida Hospital y saber cómo se encuentra.

➤ **Personas Involucradas en su Tratamiento o con Responsabilidad Económica de su Tratamiento.** Podemos divulgar información médica sobre usted a los amigos o familiares que estén involucrados en su tratamiento. Así mismo, podemos divulgar información a aquellas personas que le ayudan a pagar su tratamiento. Podemos informar a su familia o amigos sobre su estado y su ingreso a Florida Hospital. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a aquellas entidades que cooperan en caso de catástrofe de manera que su familia pueda conocer su estado, condición y ubicación.

➤ **Investigación.** En ciertos casos, podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para la investigación científica. Por ejemplo: un trabajo de investigación podría incluir la comparación de la salud y recuperación de pacientes que sufren la misma enfermedad y que han sido tratados con medicamentos diferentes. Sin embargo, todos los trabajos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial, donde se evalúa un proyecto de investigación y el uso de la información médica para el mismo, para tratar de equilibrar las necesidades del proyecto y la privacidad del paciente. Antes de usar o revelar información médica para la investigación, el proyecto deberá haber recibido la aprobación a través de este proceso. No obstante, podemos divulgar información médica sobre usted a aquellas personas que se preparan para realizar un trabajo de investigación determinado, como, por ejemplo, ayudarlas a ubicar pacientes que tienen necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica no se utilice fuera del hospital. En general, le solicitaremos autorización a usted si el investigador tuviere acceso a información que revele su nombre, domicilio u otros datos que puedan divulgar su identidad, o si estuviere involucrado en su tratamiento en Florida Hospital

➤ **Como lo Exige la Ley:** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

➤ **Para Impedir una Amenaza Seria a su Salud o Seguridad:** Podemos utilizar y revelar información médica sobre usted cuando sea necesario prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público en general o de otra persona. Sin embargo, la información sería divulgada solamente a aquellas personas capaces de prevenir la amenaza.

Sección D: Situaciones especiales.

➤ **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica sobre usted a aquellas organizaciones que manejen el proceso de obtención o trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a bancos de órganos, en la medida que sea necesaria para facilitar la donación o el trasplante.

➤ **Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información médica sobre usted si así lo exigen

las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera pertinente que la solicite.

➤ **Compensación de Trabajadores por Accidentes en el Trabajo:** Podemos divulgar información médica sobre usted para programas de compensación salarial u otros similares, ya que estos programas proporcionan beneficios en caso de sufrir enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

➤ **Riesgos para la Salud Pública.** Podemos divulgar información médica sobre usted como parte de las actividades relacionadas con la salud pública, las que generalmente incluyen:

- prevención y control de enfermedades, lesiones o incapacidades;
- información sobre nacimientos y muertes;
- información sobre abuso o abandono infantil;
- información sobre reacciones a los medicamentos o problemas con productos;
- notificación acerca de productos que se retiran del mercado;
- notificación a las personas que han estado expuestas a enfermedades o que corren el riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o condición;
- notificación a las autoridades gubernamentales pertinentes de la sospecha de que una persona ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. En este caso, la información será divulgada solamente si usted está de acuerdo, o si así lo solicitan o autorizan las leyes.

➤ **Actividades de Supervisión de la Salud:** Podemos revelar información médica sobre usted a una agencia de supervisión de la salud para actividades que estén autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de permisos, y son necesarias para que el gobierno sea capaz de controlar el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes sobre los derechos civiles.

➤ **Controversias y Demandas Judiciales.** Si usted o nosotros estuviéramos involucrados en un juicio o una controversia, podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información sobre usted en respuesta a una citación judicial, solicitud de producción de pruebas u otros procesos legales realizados por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos por comunicarle a usted sobre la solicitud o por obtener una orden que proteja la información solicitada.

➤ **Cumplimiento de la Ley:** Podemos divulgar información médica sobre usted si así lo solicita un funcionario encargado del cumplimiento de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden de allanamiento o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Información acerca de una víctima de un delito, si, en determinados casos, no somos capaces de obtener la autorización de la persona;
- Información acerca de una muerte que consideramos puede haber sido provocada por una conducta criminal;
- Información acerca de conductas delictivas en Florida Hospital; y
- En caso de emergencia para reportar un delito, la ubicación del lugar del delito o de sus víctimas, o la identidad, descripción y ubicación de la persona que cometió el delito.

➤ **Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar información médica sobre usted a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de su muerte. Igualmente podemos revelar información médica sobre los pacientes de Florida Hospital a los encargados de las funerarias si esto facilita el desempeño de sus funciones.

➤ **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia:** Podemos revelar información médica sobre usted a los funcionarios federales autorizados para realizar actividades de inteligencia, contraespionaje y otras actividades de seguridad autorizadas por la ley.

➤ **Servicios de Protección del Presidente y Otros:** Podemos revelar información médica sobre usted a los funcionarios federales autorizados de manera que puedan proporcionar la debida protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, o para conducir investigaciones especiales.

➤ **Presos.** Si usted es un interno en una cárcel o se encuentra en una institución correccional o bajo la custodia de un representante de la ley, podemos divulgar información médica sobre usted a dicha institución o representante de la ley. Esta divulgación sería necesaria para: (1) que la institución le administre cuidados médicos; (2) Proteger su salud y su seguridad, o la salud y seguridad de otros; o (3) proteger la seguridad de la institución penal.

Sección E: Sus derechos con respecto a la información médica sobre su salud.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica sobre usted que nosotros poseemos:

➤ **Derecho a Revisar y Copiar su Información:** Usted tiene derecho a revisar y copiar la mayor parte de la información médica que se utiliza a la hora de tomar decisiones acerca de su salud. Generalmente, esta información incluye los registros médicos y de facturación, pero no la información psicoterapéutica. Cuando su información médica está contenida en un registro médico electrónico, término definido en leyes y reglas federales, tiene derecho a obtener una copia de dicha información en formato electrónico y puede solicitar que transmitamos dicha copia directamente a una entidad o persona designada por usted, siempre y cuando dicha designación sea clara, evidente y específica. Si usted solicita una copia de su información, podemos cobrarle un cargo por el costo de copiarla y enviarla por correo, así como por el uso de otro material que esté relacionado con su solicitud.

En ciertas ocasiones le podemos negar su solicitud para revisar y copiar su información. En este caso, y bajo determinadas circunstancias, usted puede solicitar una revisión de esta negativa. El hospital designará otro profesional autorizado de la salud para que revise su solicitud y la negativa recibida. La persona que llevará a cabo la revisión no será la misma persona que negó su solicitud. Nosotros acataremos el resultado de esta revisión.

➤ **Derecho a Correcciones.** Si usted considera que la información médica que poseemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar la corrección de dicha información. Usted tiene el derecho de solicitar que se haga correcciones a la información médica sobre usted durante todo el tiempo que el hospital posea esta información. Además, deberá incluir la razón que sustenta su solicitud.

Las solicitudes que no se hagan por escrito o que no ofrezcan una razón que justifique su petición, podrán ser negadas. Igualmente, su solicitud podrá ser negada si la información a corregir:

- No fue producida por nosotros, a menos que la persona o la institución que originó la información haya desaparecido y de esta manera, no esté disponible para hacer la corrección;
- No forma parte de la información médica que se mantiene en los registros del hospital;
- No forma parte de la información que usted está autorizado para revisar y copiar;
- Es exacta y está completa.

➤ **Derecho a Recibir un Informe Detallado sobre la Divulgación de su Información.** Usted tiene el derecho de solicitar un "informe detallado sobre divulgación", o sea, una lista de cierta información que hemos revelado sobre usted. El informe excluirá ciertas divulgaciones según lo establecido en leyes y reglas aplicables tales como divulgaciones hechas directamente a usted, divulgaciones que autorice, divulgaciones a amigos o familiares que participen de su atención, divulgaciones con fines de notificación y otros tipos de divulgaciones hechas a instituciones correctivas o agencias de cumplimiento de la ley. Su solicitud debe incluir un período de tiempo no mayor que seis años. Su solicitud deberá indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o archivo electrónico). Su primera solicitud dentro de un período de 12 meses será gratis. Si solicita listas adicionales, le cobraremos un cargo para cubrir los costos que implica proporcionarle la lista. Le notificaremos el costo en cuestión y en ese momento usted puede optar por retirar o modificar su solicitud, antes de incurrir costo alguno.

➤ **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en el uso y divulgación de la información médica sobre usted para tratamientos, pagos o servicios médicos. Asimismo, tiene el derecho de solicitar la limitación de la divulgación de la información médica sobre usted a personas, tales como familiares o amigos, que están involucradas en su cuidado o en el pago de los cuidados que usted recibe. Por ejemplo, usted puede solicitar que no se use o divulgue información acerca de una operación quirúrgica a la que usted fue sometido.

Su solicitud deberá incluir (1) la información que desea limitar; (2) si desea limitar su uso, su divulgación o ambos; y (3) a quién desea limitar el acceso a la información, por ejemplo, a su cónyuge.

No tenemos la obligación de estar de acuerdo con dichas restricciones, excepto en circunstancias limitadas donde haya pagado servicios médicos en su totalidad con dinero de su bolsillo y haya solicitado que no divulguemos su información médica a un plan de salud. En caso de que estemos de acuerdo, cumpliremos los términos de su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

➤ **Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial.** Usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones que tengamos que hacerle acerca de asuntos médicos, se hagan de cierta manera, o sean dirigidas a cierto lugar. Por ejemplo, que nos comuniquemos solamente a su trabajo o por correo. No es necesario que indique las razones para formular su solicitud. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Su solicitud deberá indicar cómo o dónde desea que lo/a contacten.

➤ **Derecho a una Notificación de violación.** Tiene derecho a recibir una notificación por escrito de una violación si su información médica sin asegurar es accedida, utilizada, adquirida o divulgada a una persona no autorizada como resultado de dicha violación, y si la violación compromete la seguridad o privacidad de su información médica. A menos que usted especifique por escrito que desea recibir la notificación por correo electrónico, le enviaremos dicha notificación por correo de primera clase o, si fuera necesario, por otras formas de comunicación alternativas permitidas por la ley.

➤ **Derecho a Solicitar una Copia Impresa de Esta Notificación.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación, y puede solicitar que se la entreguemos en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir esta notificación en forma electrónica, todavía tiene derecho a recibir una copia en papel. Puede encontrar esta notificación en nuestra página de Internet, www.floridahospital.com.

➤ **Derecho a rechazar la participación en el intercambio de información de salud.** AHS ha conectado electrónicamente la información médica que cada institución de AHS tiene de su registro médico a través de una serie de interfaces, llamada iNetwork. iNetwork contiene un resumen de su información médica más importante que incluye, como mínimo, información relativa a datos demográficos, seguro, lista de problemas, lista de medicamentos, informes radiológicos e informes de laboratorio. Tener su información médica disponible a través de iNetwork promueve la eficiencia y calidad de la atención. Puede optar por no permitir que su información médica se comparta a través de iNetwork. No es una condición para recibir atención. Si no desea que su información médica se comparta a través de iNetwork, póngase en contacto con el Funcionario de Privacidad o su designado por el número telefónico que figura abajo. Una vez que hayamos procesado su solicitud, sus proveedores de atención médica no podrán ver su información médica en iNetwork. Esto significa que a sus proveedores de atención médica podría tomarles más tiempo obtener la información médica que necesiten para tratarlo.

AHS y sus instituciones afiliadas también pueden optar por compartir la información médica electrónicamente con otros proveedores ubicados cerca del estado o en el mismo estado que una institución afiliada de AHS a través de intercambios de información médica regionales o estatales. Puede optar por no permitir que su información médica se comparta a través de intercambios de información médica regionales o estatales, negándose a firmar un formulario de autorización o poniéndose en contacto con el Funcionario de Privacidad por el número que figura abajo, dependiendo del proceso de consentimiento del intercambio de información de salud médica regional o estatal. Esto significa que a sus proveedores de atención médica podría tomarles más tiempo obtener la información que necesiten para tratarlo. No obstante, incluso si no desea participar en un intercambio de información médica estatal, algunos requisitos de información según leyes estatales, como el registro de vacunas, seguirán siendo completados a través del intercambio de información médica, y algunos estados todavía permiten a los proveedores de atención médica el acceso a su información médica a

través de un intercambio de información médica si fuera necesario para tratarlo en una emergencia.

Para hacer uso del derecho antes mencionado, sírvase contactar a la siguiente persona a los fines de obtener la copia del formulario necesario para completar su solicitud: **Oficina de Administración de Regulación, Florida Hospital, 407-303-9659.**

Sección F: Modificación de esta Notificación.

Nos reservamos el derecho de modificar esta notificación. También nos reservamos el derecho de que la notificación revisada o corregida tenga vigencia sobre la información médica que está a nuestra disposición en estos momentos, así como sobre cualquier información que recibamos en el futuro. Se colocará una copia de ésta notificación en Florida Hospital. La fecha de vigencia se puede localizar en la primera página, en la esquina superior derecha. Además, cada vez que usted se registre o ingrese al hospital para someterse a tratamiento o cuidados médicos, ya sea en calidad de paciente interno o externo, tendremos a su disposición una copia de la notificación vigente.

Sección G: Reclamos

Si usted cree que se han violados sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en el hospital o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una reclamación en Florida Hospital, sírvase contactar Administración de Riesgo al 407-200-1330. Todas las reclamaciones deben hacerse por escrito. Administración de Riesgo (Risk Management), Florida Hospital, 601 East Rollins Street, Orlando, FL 32803.

No se tomarán represalias por presentar una queja.

Sección H: Otros usos de la información médica.

Cualquier otro uso o divulgación de la información médica que no esté comprendido por esta notificación o por las leyes por las cuales nos regimos, se hará únicamente bajo su autorización mediante documento escrito. Si usted nos autoriza a usar y divulgar información médica sobre usted, puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito. En caso de que usted revoque su autorización, en lo adelante no usaremos o divulgaremos información médica sobre usted por las razones que usted indica en su autorización escrita. Usted debe entender que nos es imposible retractarnos en el caso de las divulgaciones que ya se hayan realizado con su autorización, y que estamos obligados a conservar los registros sobre los cuidados médicos que le hemos brindado.

Sección I: Disposiciones para lograr cuidados médicos organizados.

La Florida Hospital, los contratistas independientes miembros de su Personal Médico (Incluyendo a su médico), y otros centros médicos asociados a la Florida Hospital están de acuerdo, según la ley lo permita, en compartir la información médica sobre usted, a los fines de tratamiento, pagos o servicios hospitalarios. Esto nos permite brindarle los cuidados médicos más apropiados para su caso.