

Registro médico #: _____

TUFTS MEDICAL CENTER Y PROVEEDORES AFILIADOS*

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003

Fecha de revisión: 18 de febrero de 2010

Fecha de revisión: 18 de noviembre de 2015

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA ATENTAMENTE.

Tufts Medical Center proporciona atención médica a pacientes junto con médicos y otros proveedores de atención médica. Este aviso aplica a Tufts Medical Center y a sus afiliados los cuales se enumeran al final de este aviso.

La ley nos requiere que protejamos la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad y que le proporcionemos una copia de este aviso que describe las prácticas de privacidad de la información médica de nuestro hospital y nuestros proveedores afiliados de atención médica. Este aviso le informará sobre las maneras en las que podemos usar y divulgar información médica sobre usted o su hijo. También describe sus derechos y nuestras obligaciones sobre el uso y divulgación de la información médica.

Una copia de nuestro aviso actual siempre se publicará en lugares que estén a la vista, incluyendo las áreas de admisión y registro. También podrá obtener una copia al acceder al sitio web de Tufts Medical Center en www.tuftsmedicalcenter.org o llamándonos al 617-636-4422 o solicitando una copia al momento de su próxima consulta.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o quisiera obtener más información, comuníquese a la Oficina de Privacidad de Tufts Medical Center al 617-636-4422.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

1. Tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *Podemos usar su información médica, ponerla a disposición de nuestros afiliados, o compartirla con terceros para tratar su condición, obtener pago por ese tratamiento, y administrar nuestras operaciones de atención médica. En algunos casos, también podemos divulgar su información médica para actividades de pago y ciertas operaciones de atención médica de otro pagador o proveedor de atención médica. Tiene derecho a nombrar a un representante personal que puede actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Los padres y tutores legales generalmente tendrán el derecho de controlar la privacidad de la información médica de menores, a menos que a los menores se les permita legalmente actuar en su propio nombre. A continuación hay más ejemplos de cómo se puede usar y divulgar su información para esos fines.*

Tratamiento. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para proporcionarle servicios y tratamiento médico. Por ejemplo, podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, residentes, estudiantes u otros hospitales o agencias de salud en el hogar para que puedan proporcionarle atención o para que puedan coordinar su atención continua.

Pago. Podemos utilizar su información de salud o compartirla con terceros para obtener el pago por los servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre usted con la compañía de seguro médico para obtener el reembolso después de haberle proporcionado tratamiento o para determinar si lo cubrirá. Es posible que también debamos informar a la compañía de seguro médico sobre su estado de salud a fin de obtener una autorización previa para el tratamiento, por ejemplo, para admitirle en el hospital para un tipo específico de cirugía. Nosotros, nuestros cesionarios y socios comerciales, que incluyen a agentes de cobros terceros, también podemos comunicarnos con usted, entre otras formas, por medio de marcación automática a cualquier número de teléfono que haya proporcionado, incluso números inalámbricos, y podemos dejar mensajes relacionados con el tratamiento o el pago de la cuenta en máquinas contestadoras y en correos de voz utilizando una voz artificial/pregrabada. Por último, podemos compartir su información con otros proveedores de salud y pagadores para las actividades de pago.

Operaciones de atención médica. Podemos usar su información médica o compartirla con los demás para realizar nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal a cargo de su cuidado o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que le proporcionamos. Finalmente, podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica y pagadores para ciertas operaciones relacionadas con su atención médica siempre que la información sea a causa de una relación que el proveedor o pagador tenga o haya tenido con usted y que la ley federal le requiera al proveedor o pagador que proteja la privacidad de su información médica.

* Los proveedores afiliados se encuentran enumerados en la página 7 de este Aviso.

Los ejemplos de operaciones de atención médica incluyen lo siguiente:

- Supervisar la calidad de la atención y hacer mejoras cuando sea necesario.
- Revisar si los expedientes médicos están completos y son exactos.
- Cumplir con los estándares establecidos por las agencias regulatorias, como la Comisión Conjunta.
- Enseñar a los profesionales de la salud.
- Utilizar servicios comerciales externos, como transcripción, almacenamiento, auditoría, jurídicos u otros servicios de consultoría.
- Guardar su información de salud en las computadoras.
- Administrar y analizar la información médica.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios. En el transcurso de proporcionarle tratamiento, podemos usar su información médica para comunicarnos con usted con un recordatorio de que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios en nuestro centro. También podemos usar su información médica para recomendar posibles alternativas de tratamiento o beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés o solicitarle que participe en una encuesta para el paciente sobre cómo mejorar la atención que le proporcionamos.

Recaudación de fondos. Para apoyar nuestras operaciones comerciales, podemos usar información demográfica sobre usted, incluyendo información sobre su edad y género, dónde vive o trabaja y las fechas en que recibió tratamiento, para comunicarnos con usted para recaudar fondos para ayudarnos con la administración del centro. También podemos compartir esta información con una fundación de caridad que se comunicará con usted para recaudar dinero en nuestro nombre. Si no quiere recibir solicitudes para recaudar fondos en el futuro, puede comunicarse a la Oficina de Desarrollo de Tufts Medical Center llamando al (617) 636-7656. También se le proporcionará información sobre cómo optar por no recibir futuras solicitudes de recaudación de fondos en cualquier comunicación de recaudación de fondos por escrito que le enviemos.

Socios comerciales. Podemos divulgar su información médica a contratistas, agentes y otros asociados comerciales que necesiten la información para ayudarnos a obtener el pago o realizar nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con una compañía de facturación que nos ayuda a obtener el pago de su compañía de seguros. Si divulgamos su información médica a un socio comercial, tendremos un contrato por escrito en el que ese socio comercial asegure que también protege la privacidad de su información médica.

Intercambio de información médica. Podemos divulgar su información médica en el intercambio de información médica segura en todo el estado, conocido como Massachusetts Health Information Highway (Autopista de la información médica de Massachusetts “Mass HIway”) que permite el movimiento electrónico de información relacionada con la salud entre diversas organizaciones como consultorios de los médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, centros de enfermería especializada y compañías de seguros. Al conectarse a Mas HIway nos permitirá tener un entendimiento más integral de los antecedentes/historiales médicos de nuestros pacientes para brindarle la atención médica más integral. Si no quiere que su información se comparta para fines de Mass HIway, puede comunicarse con el Funcionario de privacidad de Tufts Medical Center llamando al 617-636-4422 para optar por no participar.

2. **Directorio de pacientes/familia y amigos.** Si no se opone, incluiremos su nombre, su ubicación en nuestro centro, su condición general (por ejemplo, buena, estable, crítica, etc.) y su afiliación religiosa en nuestro Directorio de pacientes mientras usted sea paciente de este hospital. La información del directorio, excepto su afiliación religiosa, se puede divulgar a personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa se puede dar a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino, aunque no pregunten por usted por su nombre. Si usted no se opone, podemos compartir su información médica con un miembro de la familia, familiar o amigo personal que participe en su atención o pago por esa atención. También podemos avisar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación y condición general aquí en el hospital, incluyendo el fallecimiento si ocurriera. En algunos casos, puede ser necesario que compartamos su información con una organización de ayuda en caso de desastres que nos ayudará a avisarles a esas personas.

3. **Necesidad pública.** Podemos usar su información médica y compartirla con los demás, para cumplir con la ley o para satisfacer necesidades públicas importantes que se describen a continuación:

- **Como lo requiera la ley**
- **Actividades de salud pública:** podemos divulgar su información médica a funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia gubernamental extranjera que esté colaborando con dichos funcionarios) para que puedan realizar sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con funcionarios del gobierno que sean responsables de controlar, supervisar o prevenir enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información médica a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o estar en riesgo de contraer o contagiar la enfermedad si la ley nos permite hacerlo.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** podemos divulgar su información médica a una autoridad de salud pública que esté autorizada para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica.

- **Actividades de supervisión de la salud:** podemos divulgar su información médica a agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones en nuestro centro. Estas agencias gubernamentales supervisan las operaciones del sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales como Medicare y Medicaid, así como el cumplimiento de programas regulatorios gubernamentales y leyes de los derechos civiles.
- **Supervisión, reparación o retiro de producto:** podemos divulgar su información médica a una persona o compañía que esté regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos con los fines de informar o rastrear problemas o defectos de un producto, reparar, reemplazar o retirar productos defectuosos o peligrosos y supervisar el desempeño de un producto después de que haya sido aprobado para el uso del público en general.
- **Demandas y disputas:** podemos divulgar su información médica si un juez o tribunal administrativo que esté manejando una demanda u otra disputa nos ordena hacerlo. Podemos divulgar su información en respuesta a una citación, solicitud de divulgación u otra solicitud legal por parte de alguien más que participe en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle a usted acerca de la solicitud o de obtener una orden del tribunal que evite que la información se divulgue después.
- **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su información médica a oficiales del cumplimiento de la ley por las siguientes razones:
 - para cumplir órdenes del tribunal o leyes que se nos obligue cumplir;
 - para ayudar a los oficiales del cumplimiento de la ley a localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona extraviada;
 - si usted ha sido víctima de un delito y nosotros determinamos que: (1) no hemos podido obtener su consentimiento debido a una emergencia o a su discapacidad; (2) los oficiales de cumplimiento de la ley necesitan esta información inmediatamente para cumplir con sus obligaciones de cumplimiento de la ley; y (3) en nuestro juicio profesional, la divulgación a estos oficiales es para su bien;
 - si sospechamos que su muerte fue el resultado de una conducta delictiva;
 - si fuera necesario denunciar un crimen que ocurrió en nuestra propiedad; o
 - si fuera necesario denunciar un crimen que se haya descubierto durante una emergencia médica fuera del lugar (por ejemplo, por técnicos médicos de emergencia en la escena de un delito).
- **Para advertir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad**
- **Actividades de inteligencia y seguridad nacional o servicios de protección**
- **Militares y veteranos:** si usted está en las Fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted a sus autoridades de mando militar apropiadas para actividades que ellos estimen necesarias para cumplir con su misión militar.
- **Presos e instituciones correccionales:** si usted es un preso o un oficial del cumplimiento de la ley lo detiene, podemos divulgar su información médica a los oficiales de la prisión o a los oficiales del cumplimiento de la ley, si fuera necesario para proporcionarle atención médica o para mantener la seguridad y el orden del lugar en donde esté confinado.
- **Compensación al trabajador**
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias**
- **Donación de órganos y tejidos:** en el caso desafortunado de su fallecimiento, podemos divulgar su información médica a organizaciones que adquieran o almacenen órganos, ojos u otros tejidos para que esas organizaciones puedan investigar si es posible una donación o trasplante en virtud de/bajo las leyes que correspondan.
- **Investigación:** en la mayoría de los casos, le solicitaremos su autorización por escrito antes de usar su información médica o compartirla con los demás para realizar una investigación. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito, incluyendo si obtenemos una aprobación a través de un proceso especial para asegurar que la investigación sin su autorización por escrito posee mínimo riesgo para su privacidad, o con fines de preparar un proyecto de investigación futuro.

4. Información que no le identifica completa ni parcialmente. Podemos usar y divulgar su información médica si hemos eliminado cualquier información que tenga el potencial de identificarle para que la información médica esté “completamente libre de factores de identificación”. También podemos usar y divulgar información médica sobre usted “parcialmente no identificada” para fines de investigación y salud pública o para operaciones de atención médica, si la persona que recibirá la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información como lo requiere la ley federal y estatal. La información que no le identifique parcialmente no contendrá ninguna información que pudiera identificarle directamente (como su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia).

5. Divulgaciones incidentales. Si bien tomaremos medidas razonables para salvaguardar la privacidad de su información médica, ciertas divulgaciones de su información médica pueden ocurrir durante o como resultado inevitable de nuestros usos o divulgaciones de su información de otra manera permisibles. Por ejemplo, al registrarse, otros pacientes que se encuentren en el área de tratamiento pueden escuchar su nombre.

CON SU AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA POR ESCRITO

Otros usos y divulgaciones de su información médica no cubiertas por este Aviso o por las leyes que correspondan para nosotros, se harán únicamente con su permiso por escrito. También puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona al completar un formulario de autorización por escrito. Si nos proporciona una autorización por escrito, usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya nos hayamos basado en ella. Para obtener o revocar una autorización por escrito, escriba a Correspondence Supervisor, Tufts Medical Center Medical Records Department, 800 Washington St. Boston, MA 02111. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso y que se nos requiere que retenemos nuestros registros de la atención que le proporcionemos.

Intercambio de información de salud. Con su autorización por escrito podemos divulgar su información de salud en el intercambio seguro de información de salud a nivel estatal conocido como Massachusetts Health Information Highway (“Mass HIway”), que permite la circulación electrónica de información relacionada con la salud entre diversas organizaciones, como clínicas médicas, hospitales, laboratorios, farmacias, centros especializados de enfermería y compañías de seguros. Conectarnos con Mass HIway nos permitirá tener una comprensión más profunda de los expedientes médicos completos de nuestros pacientes a fin de proporcionarles la atención médica más completa.

Cierta información médica. En la mayoría de los casos, no podremos divulgar los siguientes tipos de información médica sin su autorización por escrito o una orden del tribunal:

- pruebas y resultados de pruebas de VIH
- pruebas y resultados de pruebas genéticas
- Información delicada como registros de terapia por abuso sexual o comunicaciones de psicoterapia entre usted y un trabajador social, psicólogo, psiquiatra, psicoterapeuta o enfermero de salud mental autorizado
- registros que se relacionen con enfermedades venéreas, incluyendo enfermedades de transmisión sexual (excepto ciertas divulgaciones que se pueden hacer a funcionarios de salud pública sin una orden del tribunal o su autorización)
- notas de psicoterapia (notas que se conservan separadas del registro médico para el propio uso del terapeuta) (Sin embargo, no se requiere un permiso específico para usar o compartir estas notas si las usa su terapeuta para tratarle, para programas de capacitación, para defensa legal en una acción que tenga, o para supervisión profesional del terapeuta).
- tratamiento por abuso de drogas y alcohol

Tampoco usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito en el caso de las siguientes circunstancias:

- usos y divulgaciones con fines de mercadeo (excepto comunicación en persona o regalos promocionales de valor nominal)
- usos y divulgaciones que constituyan la venta de información médica
- Usos y divulgaciones que no están descritas en este Aviso.

SUS DERECHOS CON RELACIÓN A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Tiene los siguientes derechos con relación a la información médica que mantenemos sobre usted:

1. Derecho a inspeccionar y copiar registros. Tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de cualquier información de su salud que se pueda usar para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento mientras mantengamos esta información en nuestros registros. Esto incluye el derecho a obtener una copia electrónica de su información médica que se mantiene en nuestro registro médico electrónico. Para inspeccionar u obtener una copia de su información médica, presente su autorización por escrito a Correspondence Section, Tufts Medical Center Medical Records Department, 800 Washington St. Boston, MA 02111. Si solicita una copia impresa de la información, le podemos cobrar una cuota por el costo del trabajo, copiado, envío por correo u otros suministros que usemos para cumplir con su solicitud. Si solicita una copia electrónica, podemos cobrarle una cuota por nuestros costos de trabajo para cumplir con su solicitud, al igual que el costo de suministros para medios electrónicos si usted solicita una copia electrónica en un medio portátil.

Normalmente responderemos a su solicitud en el transcurso de 30 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder, le avisaremos en el transcurso de 30 días para explicar la razón del retraso y cuándo puede esperar tener una respuesta final a su solicitud.

Bajo ciertas circunstancias muy limitadas, podemos denegar su solicitud para inspeccionar u obtener una copia de su información. Si denegamos parte o toda su solicitud, le proporcionaremos un aviso de denegación por escrito que explique nuestras razones para hacerlo y una descripción completa de sus derechos para que pueda revisar la decisión y cómo puede ejercer esos derechos. El aviso también incluirá información sobre cómo presentar una queja sobre esos asuntos con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Si tenemos una razón para denegar solo parte de su solicitud, proporcionaremos acceso completo a las partes restantes después de excluir la información que no podemos dejar que usted inspeccione o copie.

2. Derecho a modificar registros. Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la enmendemos. Tiene derecho de solicitar una enmienda siempre que la información se quede en nuestros registros. Para solicitar una enmienda, escriba a Tufts Medical Center Privacy Officer, 185 Harrison Ave., Box 5100, Boston, MA 02111. Su solicitud debe incluir las razones por las que piensa que debemos hacer la enmienda. Normalmente responderemos a su solicitud en el transcurso de 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder, le avisaremos por escrito en el transcurso de 60 días para explicar la razón por el retraso y cuándo puede esperar tener una respuesta final a su solicitud.

Si denegamos parte o toda su solicitud, le proporcionaremos un aviso por escrito que explique nuestras razones para hacerlo. Tendrá el derecho de tener cierta información relacionada con su enmienda solicitada incluida en sus registros. Por ejemplo, si no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá una oportunidad de presentar una declaración explicando su desacuerdo la que incluiremos en sus registros. También incluiremos información sobre cómo presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos procedimientos serán explicados más detalladamente en cualquier aviso de denegación por escrito que le enviemos.

3. Derecho a un informe de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un “informe de divulgaciones” que identifique a ciertas otras personas u organizaciones a quienes les hayamos divulgado su información médica de acuerdo con la ley correspondiente y a las protecciones que se permiten en este Aviso de las Prácticas de privacidad. Un informe de divulgaciones no incluye información médica que se haya compartido dentro y entre Tufts Medical Center y sus afiliados, siempre que todas las otras protecciones descritas en este Aviso de las Prácticas de privacidad se hayan cumplido.

Un informe de divulgaciones tampoco incluye información sobre divulgaciones hechas: a usted o su representante personal; de acuerdo con su autorización por escrito; para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (a menos que dichas divulgaciones se hayan hecho de nuestro registro médico electrónico en los tres años previos a su solicitud de un informe y comenzando en la fecha que nos solicitó proporcionar el informe de dichas divulgaciones); del directorio de pacientes; a familia y amigos que participan en su atención o pago de su atención; usos y divulgaciones de su información médica incidental a permisible; para fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones de atención médica de información médica que no le identifique parcialmente que no le identifique directamente; a oficiales federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional; respecto a presos, a instituciones correccionales u oficiales del cumplimiento de la ley; antes del 14 de abril de 2003.

Para solicitar un informe de divulgaciones, escriba a Correspondence Section, Tufts Medical Center Medical Records Department, 800 Washington St., Boston, MA 02111. Su solicitud debe indicar un período dentro los últimos seis años para las divulgaciones que usted quiere que incluyamos. Por ejemplo, usted puede solicitar una lista de divulgaciones que hayamos hecho entre el 1 de enero de 2012 y el 1 de enero de 2013. Tiene derecho a recibir un informe gratuito en el transcurso de un período de 12 meses. Sin embargo, podemos cobrarle el costo de proporcionar cualquier informe adicional en el mismo período de 12 meses. Siempre le avisaremos de cualquier costo involucrado para que pueda elegir retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en cualquier gasto.

Normalmente responderemos su solicitud de un informe en el transcurso de 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para preparar el informe que nos solicitó, le avisaremos por escrito sobre las razones del retraso y la fecha en que puede esperar recibir el informe. En raros casos, tendremos que retrasar el proporcionarle el informe sin avisarle porque un oficial del cumplimiento de la ley u agencia gubernamental nos haya solicitado que lo hagamos.

4. Derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos más la manera en que usamos y divulgamos su información médica para tratar su condición, recolectar el pago de ese tratamiento o para administrar nuestras operaciones de atención médica. También puede solicitar que limitemos cómo divulgamos información sobre usted a sus familiares y amigos que participen en su atención. Para solicitar restricciones, escriba a Tufts Medical Center Privacy Officer en 185 Harrison Ave., Box # 5100, Boston, MA 02111. Su solicitud debe incluir (1) qué información quiere limitar; (2) si quiere limitar cómo usamos la información, cómo la compartimos con los demás, o ambos; y (3) a quién quiere que apliquen las limitaciones.

Excepto en las situaciones que se indicaron anteriormente, *no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción*, y en algunos casos la restricción que usted solicita puede no estar permitida bajo la ley. Sin embargo, si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o cumplir con la ley. Una vez que hayamos aceptado una restricción, usted tiene derecho a revocar la restricción en cualquier momento. Bajo algunas circunstancias, también tendremos derecho a revocar la restricción siempre que le avisemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de que podamos revocar la restricción.

Tiene derecho a solicitar una restricción del uso y divulgación de su información médica y aceptaremos esa solicitud, cuando: excepto como lo requiera de otra manera la ley, la divulgación de Tufts Medical Center es para un plan médico con el fin de realizar el pago u operaciones de atención médica y la información médica a restringir solamente pertenezca a un servicio o artículo de atención médica para el cual se le haya pagado directamente y en su totalidad a Tufts Medical Center.

5. Derecho a solicitar medios de comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos médicos de manera confidencial al solicitar que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su casa en lugar del trabajo o puede solicitar que le enviemos ciertas comunicaciones, como recordatorios de citas o solicitudes de encuestas del paciente a través de otros medios que no sean el correo electrónico. Para solicitar comunicaciones confidenciales, escriba a Tufts Medical Center Privacy Officer al 185 Harrison Ave., Box 5100, Boston, MA 02111. No le preguntaremos la razón de su solicitud y trataremos de cumplir con todas las solicitudes razonables. Especifique en su solicitud cómo o cuándo desea que nos comuniquemos con usted y cómo se manejará el pago de su atención médica si nos comunicamos con usted a través de este método o ubicación alternativa.

6. Derecho a recibir aviso de una violación de privacidad o seguridad. La ley nos solicita que mantengamos la privacidad de su información médica protegida y que le proporcionemos el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto a su información médica protegida. Tiene derecho de que se le avise sobre una violación que comprometa la seguridad o privacidad de su información médica que conservamos nosotros en la medida en que dicha violación le afecte.

Cómo obtener una copia de este Aviso y de avisos revisados. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento, aún si anteriormente aceptó recibir este aviso de manera electrónica. Para hacerlo, llame al Funcionario de privacidad de Tufts Medical Center al 617-636-4422. También puede obtener una copia de este aviso en el sitio web de Tufts Medical Center en www.tuftsmedicalcenter.org o al solicitar una copia en su próxima consulta. Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad de vez en cuando. Si lo hacemos, el aviso revisado aplicará a toda su información médica. Publicaremos cualquier aviso revisado en lugares que estén a la vista en el hospital y en las ubicaciones de nuestros afiliados. Usted también podrá obtener su propia copia del aviso revisado al acceder al sitio web de Tufts Medical Center en www.tuftsmedicalcenter.org o llamando a nuestra clínica al 617-636-4422 o solicitando una copia durante su próxima consulta. La fecha de vigencia del aviso siempre se anotará en la esquina superior derecha de la primera página. Estamos obligados a cumplir con los términos del aviso que esté actualmente vigente.

7. Derecho a presentar una demanda. Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros o con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una demanda ante nosotros, comuníquese con el oficial de Privacidad de Tufts Medical Center al 617-636-9229 o llame a la línea directa anónima al número 844-550-0008. Nadie tomará represalias ni medidas contra usted por presentar una demanda.

Este Aviso de las Prácticas de privacidad aplica a Tufts Medical Center y los siguientes proveedores o grupos afiliados a Tufts Medical Center, y tales pueden cambiar de vez en cuando:

Tufts Medical Center Physicians Organization, Inc.

New England Medical Center Group Practice, Inc. (d/b/a Pratt Neurosurgery Associates)

Pratt Anesthesiology Associates, Inc.

Pratt Medical Group, Inc.

Pratt Medical & Surgical Dermatology Associates, Inc.

Pratt Neurology Associates, Inc.

Pratt OB/GYN Associates, Inc.

Pratt Ophthalmology Associates, Inc.

Pratt Orthopedic Associates, Inc.

New England Quality Care Alliance
And affiliated Physicians and Physician Groups

Pratt Otolaryngology – Head & Neck Surgery
Associates, Inc.

Pratt Pathology Associates, Inc.

Pratt Pediatric Associates, Inc.

Pratt Psychiatric Associates, Inc.

Pratt Radiation Oncology Associates, Inc.

Pratt Radiology Associates, Inc.

Pratt Rehabilitation Medicine Associates, Inc.

Pratt Surgical Associates, Inc.

Pratt Urology Associates, Inc.

Ciertas solicitudes o consultas dirigidas al Funcionario de privacidad o al Departamento de Registros médicos de Tufts Medical Center bajo este Aviso puede enviarse al Funcionario de privacidad de uno de los afiliados enumerados anteriormente, como sea apropiado, o puede dirigirlas directamente para comunicarse con esa persona.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar abajo, reconozco que recibí una copia del Aviso de las Prácticas de privacidad y que por lo tanto me han informado cómo se puede usar y divulgar información médica sobre mí, por parte de Tufts Medical Center y los proveedores afiliados que se indican en este Aviso y cómo puedo obtener acceso y controlar esta información.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Hora

Nombre impreso del paciente o representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal

Documentación del esfuerzo de buena fe

- Se solicitó que el paciente/representante personal del paciente reconociera el acuse de recibo del Aviso de las Prácticas de privacidad, pero el paciente/representante personal del paciente se negó a reconocer el acuse de recibo del Aviso de las Prácticas de privacidad.
 - El Aviso de las Prácticas de privacidad fue enviado por correo al paciente/representante personal del paciente a la dirección que se encuentra en el registro.
 - Otro:
-

Testigo

Fecha

Hora