

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Rio Grande Hospital y sus clínicas (Creede Family Practice of Rio Grande Hospital, Monte Vista Medical Clinic, Rio Grande Hospital Clinic and Rio Grande Hospital Clinic at South Fork) están obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle este aviso sobre sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud.

Su información de salud es personal y estamos comprometidos a protegerla. Su información de salud también es muy importante para nuestra capacidad de brindarle atención de calidad y cumplir con ciertas leyes. Este Aviso se aplica a todos los registros sobre su atención que ocurran en nuestras instalaciones, ya sean creados por el personal del hospital o por su médico.

Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este aviso o si desea más información sobre las prácticas de privacidad de Rio Grande Hospital o sus clínicas, comuníquese con:

Oficina de Cumplimiento/Privacidad: 1-877-218-7707

Fecha de vigencia de este aviso: 02/2026

Tabla de Contenido

A. Cómo Rio Grande Hospital puede usar o divulgar su información de salud.....	2
B. Cuándo Rio Grande Hospital no puede usar o divulgar su información de salud.....	4
C. Sus derechos sobre la información de salud.....	4
1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad	4
2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales	5
3. Derecho a inspeccionar y copiar	5
4. Derecho a corregir	5
5. Derecho a un registro de divulgaciones	5
6. Derecho a una copia en papel o electrónica de este aviso	5
D. Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad	6
E. Quejas.....	6

A. Cómo Rio Grande Hospital Puede Usar o Divulgar Su Información de Salud

Rio Grande Hospital recopila información de salud sobre usted y la almacena en su historial clínico, ya sea en formato físico, electrónico o en un registro electrónico de salud (EHR). Este constituye su historial médico. El historial médico es propiedad de Rio Grande Hospital; sin embargo, la información contenida en él le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud para los siguientes fines:

1. **Tratamiento.** Usamos su información de salud para brindarle atención médica. Podemos divulgar dicha información a nuestro personal y a otras personas involucradas en su atención. Por ejemplo, podemos compartir su información con otros médicos o proveedores de salud que le prestarán servicios que nosotros no ofrecemos. Asimismo, podemos compartirla con un farmacéutico que necesite surtir una receta o con un laboratorio que realice pruebas. También podemos divulgar información a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarle cuando esté enfermo o lesionado, o tras su fallecimiento.
2. **Pago.** Usamos y divulgamos su información médica para obtener pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, proporcionamos a su plan de salud la información necesaria para recibir el pago. También podemos compartir información con otros proveedores para ayudarles a recibir pago por servicios prestados o con asociados comerciales que realizan facturación y procesamiento de reclamaciones. Tenemos contratos con estos asociados para proteger la confidencialidad de su información.
3. **Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y divulgar su información médica para operar nuestras instalaciones. Esto incluye mejorar la calidad de la atención, evaluar al personal, obtener autorizaciones de servicios, auditorías, cumplimiento legal y planificación empresarial. También podemos compartir información con otros proveedores de salud, planes de salud o intercambios de información médica, incluyendo registros estatales de vacunación. Usted tiene derecho a optar por no participar en estos intercambios.
4. **Recordatorios de Citas.** Podemos usar su información para contactarlo y recordarle citas médicas, incluso dejando mensajes si no se encuentra disponible.
5. **Hoja de Registro.** Podemos solicitarle que firme al llegar y llamar su nombre cuando sea su turno.
6. **Notificación y Comunicación con la Familia.** Podemos divulgar información a familiares o personas responsables de su cuidado sobre su ubicación o condición. En situaciones de emergencia o desastre, también podemos compartir información con organizaciones de ayuda.
7. **Portal Seguro del Paciente.** Ofrecemos un portal en línea para comunicarnos con usted. Debe completar un consentimiento para usarlo. Se le proporcionará un usuario y contraseña. No debe compartir esta información ni usar computadoras públicas. Notifíquenos si sospecha acceso no autorizado.

8. **Marketing.** Podemos contactarlo para informarle sobre productos o servicios relacionados con su atención, siempre que no recibamos pago por ello sin su autorización. No realizaremos actividades de marketing pagadas sin su consentimiento por escrito.
9. **Venta de Información de Salud.** No venderemos su información sin su autorización previa por escrito.
10. **Requerido por la Ley.** Usaremos o divulgaremos su información cuando la ley lo requiera, limitándonos a lo necesario.
11. **Salud Pública.** Podemos divulgar información a autoridades de salud pública para prevenir enfermedades, reportar abuso o negligencia, reacciones a medicamentos o exposición a enfermedades.
12. **Supervisión de Salud.** Podemos divulgar información a agencias gubernamentales para auditorías, inspecciones o investigaciones.
13. **Procedimientos Judiciales y Administrativos.** Podemos divulgar información según lo autorizado por órdenes judiciales o procesos legales.
14. **Cumplimiento de la Ley.** Podemos compartir información con autoridades para identificar personas, cumplir órdenes judiciales u otros fines legales.
15. **Médicos Forenses.** Podemos divulgar información en investigaciones de fallecimientos.
16. **Donación de Órganos o Tejidos.** Podemos compartir información con organizaciones relacionadas con trasplantes.
17. **Seguridad Pública.** Podemos divulgar información para prevenir amenazas graves a la salud o seguridad.
18. **Comprobante de vacunación.** Podemos proporcionar comprobantes a escuelas si usted lo autoriza.
19. **Funciones Gubernamentales Especializadas.** Podemos divulgar información para fines militares, de seguridad nacional o instituciones correccionales.
20. **Compensación Laboral.** Podemos divulgar información para cumplir con leyes de compensación laboral.
21. **Cambio de Propiedad.** Si la instalación cambia de propietario, su información será transferida, pero usted conserva sus derechos sobre ella.
22. **Notificación de Violaciones.** En caso de una violación de seguridad de su información, se le notificará conforme a la ley.

23. Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar cierta información para contactarlo con fines de recaudación. Puede optar por no recibir estas comunicaciones.

24. USO DE TECNOLOGÍA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL DURANTE SU VISITA:

Como parte de nuestro compromiso con la atención de calidad, podemos utilizar un sistema de inteligencia artificial que puede transcribir partes relevantes de la conversación con su proveedor con el fin de documentar su atención en su historial clínico. Este sistema no graba la totalidad de la visita, y su proveedor revisa la información antes de incorporarla a su historial médico.

Sus derechos: Usted tiene el derecho de solicitar que no se utilice esta tecnología. Toda la información se encuentra protegida de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

B. Cuándo el Rio Grande Hospital No Puede Usar o Divulgar Su Información de Salud

Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, el Hospital Rio Grande, de conformidad con sus obligaciones legales, no utilizará ni divulgará información de salud que lo identifique sin su autorización por escrito. Si usted autoriza al Hospital Rio Grande a usar o divulgar su información de salud para otro propósito, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento.

Su información de salud relacionada con trastornos por uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) está protegida por la ley federal bajo 42 CFR Parte 2. Esta ley le brinda protecciones adicionales de confidencialidad. Si recibimos o mantenemos información de un Programa de Abuso de Sustancias, no podemos divulgar información relacionada con SUD para su uso en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que contemos con (i) su consentimiento por escrito, o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue la divulgación y después de que usted tenga la oportunidad de ser escuchado respecto a dicha divulgación. La información protegida por la Parte 2 no puede ser divulgada nuevamente por los destinatarios sin su consentimiento. Si realizamos actividades de recaudación de fondos y tenemos la intención de utilizar información relacionada con SUD, usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación que utilicen estos datos.

C. Sus Derechos Sobre la Información de Salud

1. Derecho a Solicitar Protecciones Especiales de Privacidad.

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud mediante una solicitud por escrito que especifique qué información desea limitar y qué restricciones desea imponer sobre su uso o divulgación. Si nos indica que no divulguemos información a su plan de salud comercial relacionada con servicios o artículos de atención médica que usted pagó completamente de su propio bolsillo, cumpliremos con su solicitud, a menos que debamos divulgar la información por razones de tratamiento o legales. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos nuestra decisión.

2. Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.

Usted tiene el derecho de solicitar recibir su información de salud de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede pedir que enviemos la información a un correo electrónico particular o a su dirección de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables presentadas por escrito que indiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

3. Derecho a Inspeccionar y Obtener Copias.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información de salud, con ciertas excepciones. Para acceder a su información médica, debe presentar una solicitud por escrito detallando qué información desea revisar o copiar, y en qué formato la desea. Proporcionaremos copias en el formato solicitado si es posible, o en un formato alternativo aceptable. También podemos enviar una copia a otra persona que usted designe por escrito. Se cobrará una tarifa razonable por costos de mano de obra, suministros y envío, según lo permita la ley. Podemos negar su solicitud en circunstancias limitadas. Si se niega el acceso a los registros de un menor o de un adulto incapacitado que usted representa por razones de posible daño, usted tiene derecho a apelar. Si se niega el acceso a notas de psicoterapia, usted puede solicitar que se transfieran a otro profesional de salud mental.

4. Derecho a Solicitar Enmiendas.

Usted tiene el derecho de solicitar que se corrija su información de salud si considera que es incorrecta o incompleta. La solicitud debe hacerse por escrito e incluir las razones. No estamos obligados a realizar cambios y le informaremos si se niega su solicitud y cómo puede expresar su desacuerdo. Podemos negar la solicitud si no creamos la información, si no está disponible, si no tiene derecho a verla, o si es correcta. Usted puede presentar una declaración de desacuerdo, y nosotros podemos responder por escrito. Toda esta información se mantendrá junto con el registro original.

5. Derecho a un Registro de Divulgaciones.

Usted tiene derecho a recibir un registro de ciertas divulgaciones de su información de salud realizadas por el Hospital Rio Grande. No se incluyen divulgaciones hechas para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, comunicaciones familiares, funciones gubernamentales especializadas, ni aquellas autorizadas por usted o permitidas por ley bajo ciertas condiciones.

6. Derecho a una Copia en Papel o Electrónica de este Aviso.

Usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad, ya sea en papel o en formato electrónico, incluso si previamente solicitó recibirlo por correo electrónico.

Si desea una explicación más detallada de estos derechos o ejercer alguno de ellos, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad indicado al inicio de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

D. Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice dicha modificación, estamos obligados por ley a cumplir con este Aviso. Una vez realizada la modificación, el Aviso revisado se aplicará a toda la información de salud protegida que mantengamos, independientemente de cuándo haya sido creada o recibida. Mantendremos una copia del aviso vigente en nuestra área de recepción y habrá una copia disponible en cada cita. También publicaremos el aviso actualizado en nuestro sitio web.

E. Quejas

Las quejas sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad o sobre cómo el Hospital Rio Grande maneja su información de salud deben dirigirse a nuestro Oficial de Privacidad indicado al inicio de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Si no está satisfecho con la manera en que el Hospital Rio Grande maneja una queja, puede presentar una queja formal a:

Region VIII Office of Civil Rights
US Department of Health and Human Services
999 18th St., Suite 17
Denver, CO 80202
Voice Phone: (800) 368-1019
FAX: (303) 844-2025
TDD: (800) 537-7697

Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
Hubert H. Humphrey Bldg.
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Building
Washington DC 20201
OCRMail@hhs.gov

El formulario de queja se puede encontrar en:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf.

No será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad
Rio Grande Hospital
Oficial de Privacidad: 1-877-218-7707

Por la presente reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Rio Grande Hospital. Asimismo, reconozco que una copia del aviso vigente estará disponible en el área de recepción y que una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Me gustaría recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad modificado por correo electrónico en: _____.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Teléfono: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

- Padre, madre o tutor de un paciente menor de edad
- Tutor o curador de un paciente incapacitado

Nombre y dirección del paciente:

Seguimiento del Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Solo para uso de la oficina:

Fecha de recepción: _____ Procesado por: _____

Seguimiento de la práctica:

Sí No Fecha de seguimiento de la instalación: _____

Complete lo siguiente solo si el paciente se niega a firmar el acuse:

Intentos realizados para obtener la firma:

Razones de la negativa:
