



Agencias de Servicios de Emergencia del Condado de Summit

Aviso de Prácticas de Privacidad

IMPORTANTE: ESTE AVISO DESCRIBE:

- CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED;
- SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA;
- CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA RELACIONADA CON UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD Y SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA O DE SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN; Y
- CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A SU INFORMACIÓN MÉDICA.

LEA ESTE AVISO DETENIDAMENTE.

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO (EN PAPEL O EN FORMATO ELECTRÓNICO) Y A HABLAR SOBRE EL CON EL RESPONSABLE DE CUMPLIMIENTO DE HIPAA DE LA AGENCIA CORRESPONDIENTE, AL NÚMERO DE TELÉFONO O A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO QUE FIGURA AL FINAL DE ESTE AVISO, SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.

El Red, White & Blue Fire Protection District y Summit Fire and EMS Authority (conjuntamente, las "Agencias de Servicios de Emergencia del Condado de Summit", las "agencias" o, individualmente, una "agencia" en este documento) se comprometen a proteger su información médica personal. Cada agencia está obligada por ley a mantener la privacidad de la información médica que razonablemente pueda utilizarse para identificarle, conocida como "información médica protegida" o "PHI". La PHI incluye ciertos registros de pacientes relacionados con trastornos por consumo de sustancias. Cada agencia también está obligada por ley a proporcionarle este Aviso detallado de Prácticas de Privacidad ("Aviso"), en el que se explican nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI.

Cada agencia respeta su privacidad y trata con cuidado toda la información médica de nuestros pacientes, de acuerdo con estrictas políticas de confidencialidad que nuestro personal se compromete a cumplir en todo momento.

Aviso Detallado de Prácticas de Privacidad

Propósito de este Aviso: Este Aviso describe sus derechos legales, le informa sobre nuestras prácticas de privacidad y le explica cómo las Agencias pueden usar y divulgar su PHI. La información divulgada de conformidad con este Aviso puede ser divulgada nuevamente por el destinatario sin las protecciones establecidas en el presente documento, sujeto a la legislación aplicable.

Usos y Divulgaciones de su PHI que una Agencia Puede Realizar sin su Autorización.

Las Agencias pueden usar o divulgar su PHI sin su autorización, o sin darle la oportunidad de objetar, para los siguientes fines:

Tratamiento: Esto incluye la información verbal y escrita que obtenemos sobre usted y que utilizamos con respecto a su condición médica y al tratamiento que le proporcionamos nosotros y otros profesionales médicos (incluidos médicos y enfermeros que dan órdenes que nos permiten brindarle tratamiento). También incluye la información que proporcionamos a otros profesionales de la salud a quienes transferimos su atención y tratamiento, e incluye la transferencia de PHI por radio o teléfono al hospital o al centro de despacho, así como proporcionar al hospital una copia del registro escrito que creamos durante la prestación de su tratamiento y transporte.

Pago: Esto incluye todas las actividades que debemos realizar para obtener el reembolso de los servicios que le proporcionamos, incluidas tareas como organizar su PHI, presentar facturas a compañías de seguros (ya sea directamente o mediante una empresa externa de facturación), administrar reclamaciones facturadas por servicios prestados, realizar determinaciones y revisiones de necesidad médica, realizar revisiones de utilización y cobrar cuentas pendientes.

Operaciones de Atención Médica: Esto incluye actividades de garantía de calidad, programas de licenciamiento y capacitación para asegurar que nuestro personal cumpla con nuestros estándares de atención y siga las políticas y procedimientos establecidos, la obtención de servicios legales y financieros, la planificación empresarial, el procesamiento de agravios y quejas, y la elaboración de informes que no le identifiquen individualmente para fines de recopilación de datos.

Recaudación de Fondos: Una agencia puede ponerse en contacto con usted cuando esté recaudando fondos o proporcionarle información sobre otros programas.

Además, una agencia puede usar su PHI para determinadas actividades de recaudación de fondos. Por ejemplo, una agencia puede utilizar PHI recopilada sobre usted, como su nombre, domicilio, número de teléfono u otra información, para ponerse en contacto con usted con el fin de recaudar fondos. Una agencia también puede compartir esta información con otra organización que pueda ponerse en contacto con usted para recaudar dinero en su nombre. **Si una agencia utiliza su PHI para realizar actividades de recaudación de fondos, usted tiene derecho a optar por no recibir esas comunicaciones. Si no desea que se comuniquen con usted para fines de recaudación de fondos, debe ponerse en contacto con el Responsable de Cumplimiento de HIPAA de la agencia por escrito, por teléfono o por correo electrónico.** La información de contacto del Responsable de Cumplimiento de HIPAA de cada agencia figura al final de este Aviso. También le recordaremos su derecho a optar por no recibir futuras comunicaciones de recaudación de fondos cada vez que usemos su PHI para recaudar fondos y nos comuniquemos con usted con ese fin. Las Agencias no condicionarán la prestación de atención médica a su disposición, o falta de disposición, para recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

Recordatorios de Transportes Programados e Información sobre Otros Servicios: Una agencia también puede utilizar su información médica para ponerse en contacto con usted a fin de recordarle cualquier cita programada para transporte en ambulancia que no sea de emergencia y transporte médico, o para proporcionarle información sobre servicios alternativos que ofrecemos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Otros Usos y Divulgaciones de su PHI que Podemos Realizar sin Autorización.

Las Agencias también pueden usar o divulgar su PHI sin su autorización escrita en situaciones que incluyen:

- Para usos y divulgaciones exigidos por la ley;
- Para las actividades de tratamiento de otro proveedor de atención médica;
- A otro proveedor o entidad de atención médica para las actividades de pago del proveedor o entidad que recibe la información (como su hospital o compañía de seguros);
- A otro proveedor de atención médica (como el hospital al que usted es transportado) para las actividades de operaciones de atención médica de la entidad que recibe la información, si dicha entidad tiene o ha tenido una relación con usted y la PHI se refiere a esa relación;
- Para detectar fraude y abuso en la atención médica o para actividades relacionadas con el cumplimiento de la ley;
- A un familiar, otro pariente, amigo cercano u otra persona involucrada en su atención si obtenemos su consentimiento verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y usted no formula una objeción. También podemos divulgar información médica a sus familiares, parientes o amigos si inferimos de las circunstancias que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que usted acepta que divulguemos su PHI a su cónyuge cuando este llama a una ambulancia para usted. En situaciones en las que usted no puede oponerse (porque no está presente o debido a su incapacidad o a una emergencia médica), podemos, según nuestro criterio profesional, determinar que una divulgación a su familiar, pariente o amigo es lo mejor para usted.

En esa situación, divulgaremos únicamente la información médica pertinente a la participación de esa persona en su atención.

Por ejemplo, podemos informar a la persona que le acompañó en la ambulancia que usted presenta ciertos síntomas y podemos darle una actualización sobre sus signos vitales y el tratamiento que está administrando nuestro equipo de ambulancia;

- A una autoridad de salud pública en determinadas situaciones (como informar de un nacimiento, fallecimiento o enfermedad, según lo exija la ley), como parte de una investigación de salud pública, para denunciar abuso infantil o de adultos, negligencia o violencia doméstica, para informar de eventos adversos como defectos de productos, o para notificar a una persona sobre una posible exposición a una enfermedad transmisible, según lo exija la ley;
- Para actividades de supervisión de la salud, incluidas auditorías o investigaciones gubernamentales, inspecciones, procedimientos disciplinarios y otras acciones administrativas o judiciales realizadas por el gobierno (o sus contratistas) conforme a la ley para supervisar el sistema de atención médica;
- Para procedimientos judiciales y administrativos, según lo exija una orden judicial o administrativa, o, en algunos casos, en respuesta a una citación u otro proceso legal;
- Para actividades de aplicación de la ley en situaciones limitadas, como cuando existe una orden judicial para la solicitud o cuando la información es necesaria para localizar a un sospechoso o detener un delito;
- Para funciones militares, de defensa y seguridad nacional y otras funciones gubernamentales especiales;
- Para evitar una amenaza grave a la salud y seguridad de una persona o del público en general;
- Para fines de compensación laboral y de conformidad con las leyes de compensación laboral;
- A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o desempeñar sus funciones según lo autorice la ley;
- Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que gestionan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante; y
- Para proyectos de investigación, aunque estarán sujetos a estricta supervisión y aprobación, y la información médica solo se divulgará cuando exista un riesgo mínimo para su privacidad y se hayan establecido salvaguardas adecuadas de conformidad con la ley.

Usos y Divulgaciones de su PHI que Requieren su Consentimiento por Escrito.

Cualquier otro uso o divulgación de PHI, aparte de los indicados anteriormente, se realizará únicamente con su autorización por escrito (la autorización debe identificar específicamente la información que deseamos usar o divulgar, así como cuándo y cómo la agencia pretende usarla o divulgarla). Específicamente, la agencia debe obtener su autorización escrita antes de usar o divulgar: (a) sus notas de psicoterapia, salvo para llevar a cabo nuestros propios fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (b) su PHI con fines de mercadeo cuando recibamos un pago por realizar una comunicación de mercadeo; o (c) su PHI cuando participemos en una venta de su PHI. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que la agencia ya haya usado o divulgado información médica basándose en dicha autorización.

Sus Derechos con Respecto a su PHI Como paciente, usted tiene varios derechos con respecto a su PHI, entre ellos:

Derecho a acceder, copiar o inspeccionar su PHI. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la mayor parte de la información médica que cada agencia recopila y mantiene sobre usted. Las solicitudes de acceso a su PHI deben hacerse por escrito al Responsable de Cumplimiento de HIPAA de cada agencia. Cada agencia mantiene formularios en su sitio web para solicitar información médica. En circunstancias limitadas, una agencia puede denegar el acceso a su información médica mediante una respuesta escrita que explique el fundamento de la

denegación, y usted puede apelar determinados tipos de denegaciones. Si desea inspeccionar y copiar su información médica, debe ponerse en contacto con la agencia correspondiente o con su Responsable de Cumplimiento de HIPAA.

La agencia normalmente le proporcionará acceso a la información solicitada dentro de los 30 días siguientes a su solicitud escrita. Si la agencia mantiene su información médica en formato electrónico, usted tiene derecho a obtener una copia de esa información en formato electrónico. Además, si solicita que una agencia transmita una copia de su PHI directamente a otra persona, la agencia lo hará siempre que su solicitud sea por escrito, esté firmada por usted (o por su representante) y usted identifique claramente a la persona designada y el lugar al que debe enviarse la copia de su PHI.

La agencia también puede cobrarle una tarifa razonable basada en costos por proporcionarle acceso a su PHI, sujeta a los límites legales aplicables.

Derecho a solicitar una enmienda de su PHI. Usted tiene derecho a pedir a la agencia que enmiende la información médica protegida que cada agencia mantiene sobre usted. Las solicitudes de enmienda de su PHI deben hacerse por escrito, y debe ponerse en contacto con el Responsable de Cumplimiento de HIPAA de cada agencia si desea solicitar una enmienda y completar un formulario de solicitud de enmienda.

Cuando la ley lo exija, la agencia enmendará su información dentro de los 60 días siguientes a su solicitud y le notificará cuando la información haya sido enmendada. La ley permite a la agencia denegar su solicitud de enmendar su información médica en determinadas circunstancias, por ejemplo, cuando consideremos que la información que usted ha solicitado enmendar es correcta y completa.

Derecho a solicitar un informe de los usos y divulgaciones de su PHI. Usted puede solicitar a una agencia un informe de las divulgaciones de su PHI. Si desea solicitar un informe de las divulgaciones de su PHI, debe ponerse en contacto con el Responsable de Cumplimiento de HIPAA de la agencia y presentar una solicitud por escrito.

Usted tiene derecho a recibir un informe de determinadas divulgaciones de su PHI realizadas dentro de los seis (6) años inmediatamente anteriores a su solicitud; excepto que un informe de divulgaciones de ciertos registros de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias solo está disponible para la PHI divulgada dentro de los tres (3) años inmediatamente anteriores a la solicitud.

Las agencias no están obligadas a proporcionarle un informe de determinadas divulgaciones de su PHI, incluidas las divulgaciones: (a) para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (b) que usted autorizó expresamente; (c) realizadas a usted, su familia o amigos; o (d) realizadas para fines de aplicación de la ley u otros fines gubernamentales determinados.

Derecho a solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de su PHI. Usted tiene derecho a solicitar que la agencia restrinja la forma en que usa y divulga su información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o que restrinja la información que se proporciona a familiares, amigos y otras personas involucradas en su atención médica. Sin embargo, la agencia solo está obligada a cumplir una restricción solicitada en circunstancias limitadas, y es política general que la agencia no acepte restricciones salvo que la ley exija hacerlo. Si desea solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su PHI, debe ponerse en contacto con el Responsable de Cumplimiento de HIPAA de la agencia y presentar una solicitud por escrito.

Las Agencias están obligadas a cumplir una restricción solicitada cuando usted pide que la agencia no divulgue PHI a su plan de salud (aseguradora) si la divulgación tiene por objeto realizar actividades de pago u operaciones de atención médica, se refiere a un servicio que usted (o alguien en su nombre) ha pagado íntegramente a una agencia de servicios de emergencia del Condado de Summit y la divulgación no es exigida por la ley. También estamos obligados a cumplir cualquier restricción que aceptemos. No obstante, si usted solicita una restricción que la agencia acepta y la información cuya restricción solicitó es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia, entonces la agencia puede divulgar la PHI a un proveedor de atención médica para que le proporcione tratamiento de emergencia.

Una restricción puede darse por terminada si usted acepta o solicita su terminación. Las Agencias también pueden dar por terminadas la mayoría de las restricciones vigentes si se lo notifican. En ese caso, la PHI creada o recibida después de que termine la restricción dejará de estar sujeta a ella. Sin embargo, la PHI que estaba restringida antes de que se le notificara la anulación de la restricción debe continuar tratándose como PHI restringida.

Derecho a recibir notificación de una violación de información médica protegida no asegurada. Si una agencia descubre que se ha producido una violación de su PHI no asegurada, le notificará dicha violación por correo de primera clase enviado a la dirección más reciente que tenga registrada. Si prefiere recibir notificaciones de violaciones por correo electrónico, comuníquese con el Responsable de Cumplimiento de HIPAA de la agencia para informarnos de su preferencia y proporcionar una dirección de correo electrónico válida para la notificación electrónica. Puede retirar su consentimiento para recibir notificaciones por correo electrónico en cualquier momento poniéndose en contacto con el Responsable de Cumplimiento de HIPAA de la agencia.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que la agencia envíe su PHI a un lugar alternativo (por ejemplo, a un lugar distinto de su domicilio) o de una manera específica (por ejemplo, por correo electrónico en lugar de correo postal). Sin embargo, la agencia solo atenderá solicitudes razonables cuando la ley lo exija. Si desea solicitar que una agencia comunique PHI a un lugar específico o en un formato específico, debe ponerse en contacto con el Responsable de Cumplimiento de HIPAA de la agencia y presentar una solicitud por escrito.

Internet, Correo Electrónico y Derecho a Obtener una Copia Impresa del Aviso: Las agencias publicarán de manera destacada una copia de este Aviso en sus sitios web y harán que el Aviso esté disponible electrónicamente a través de dichos sitios. Si usted nos lo permite, la agencia le enviará este Aviso por correo electrónico en lugar de en papel, y usted siempre puede solicitar una copia impresa del Aviso.

Registros de Tratamiento por Trastornos por Consumo de Sustancias: Los registros de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias y cualquier testimonio que revele el contenido de dichos registros no se utilizarán ni divulgarán en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, salvo que se basen en su consentimiento por escrito o en una orden judicial acompañada de una citación u otro mandato legal, después de que se le haya dado aviso y la oportunidad de oponerse a la divulgación. Si hemos aceptado restringir su PHI y divulgarla a un proveedor de atención médica en caso de tratamiento de emergencia, solicitaremos que el proveedor no utilice ni divulgue posteriormente la información que proporcionemos. Usted puede otorgar un solo consentimiento para todos los usos o divulgaciones futuras de sus registros de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; para hacerlo, comuníquese con el Responsable de Cumplimiento de HIPAA correspondiente.

Intercambio de Información de Salud Las Agencias respaldan, apoyan y participan en el Intercambio Electrónico de Información de Salud ("HIE") para mejorar la calidad de su salud y su experiencia de atención médica. El HIE proporciona una manera segura y eficiente de compartir electrónicamente la información clínica de los pacientes con otros médicos y proveedores de atención médica que participan en la red HIE. El uso del HIE ayuda a sus proveedores de atención médica a compartir información de manera más eficaz y a brindarle una mejor atención. El HIE también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que le tratan tengan acceso inmediato a su información médica, lo que puede ser fundamental para su atención. Poner su información médica a disposición de sus proveedores de atención médica a través del HIE también puede ayudar a reducir sus costos al evitar la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, usted puede optar por no participar en el CORHIO HIE o cancelar dicha exclusión en cualquier momento poniéndose en contacto por escrito con el Responsable de Cumplimiento de HIPAA y solicitando no participar.

Revisiones del Aviso: Las Agencias están obligadas a cumplir los términos de la versión de este Aviso que esté vigente en ese momento. Sin embargo, las Agencias se reservan el derecho de modificar los términos de este Aviso en cualquier momento, y cualquier cambio entrará en vigor inmediatamente y se aplicará a toda la PHI que mantenemos. Cualquier cambio sustancial en el Aviso se publicará

de inmediato en las instalaciones de cada agencia y en el sitio web de la agencia. Puede obtener una copia de la versión más reciente de este Aviso poniéndose en contacto con el Responsable de Cumplimiento de HIPAA de una agencia.

Sus Derechos Legales y Quejas: Usted también tiene derecho a presentar una queja ante cada agencia, o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si considera que se han violado sus derechos de privacidad. No se tomarán represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja ante una agencia o ante el gobierno.

Si tiene alguna pregunta, comentario o queja para una agencia, puede dirigir todas sus consultas al Responsable de Cumplimiento de HIPAA de cada agencia.

Si tiene alguna pregunta o desea presentar una queja o ejercer cualquiera de los derechos indicados en este Aviso, comuníquese con cada agencia que le haya prestado atención:

Responsables de Cumplimiento de HIPAA

Summit Fire and EMS Authority PO Box 4910
0035 County Shops Road, Frisco, CO 80443
970-262-5100
ambulancebill@summitfire.org

Red, White, and Blue PO Box 710
316 N Main St Breckenridge, CO 80424
970-453-2474
privacy@rwbfire.org

Fecha de Vigencia del Aviso: 8/13/2026