

# LHC Group, Inc. Aviso de Prácticas de Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD/MÉDICA DE USTED PUEDE SER USADA y REVELADA y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE**

**LHC Group, Inc.** y sus compañías afiliadas (el “Proveedor”) (colectivamente, una "Cubierta Entidad Afiliada"), pueden usar y revelar la información protegida de su salud para tratamientos, pagos, actividades de atención médica/cuidado de salud y según lo exija la ley en acuerdo con la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés - Health Insurance Portability and Accountability Act) como enmendada por la ley de Tecnología de información de salud para la salud económica y clínica (HITECH, por sus siglas en inglés – Health Information Technology for Economic and Clinical Health act), y por la Reglas combinadas de la ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos ( HIPAA Omnibus Rule, por sus siglas en inglés) (colectivamente, las "Reglas de HIPAA"/"HIPAA Rules" ). El uso de “usted” o de “su” a continuación también se refiere a sus representante(s) autorizado(s).

**CONSENTIMIENTOS:** De acuerdo con las Reglas de HIPAA, el Proveedor ejerce su opción de obtener su consentimiento con respecto al uso y revelación de su información al comienzo de la atención médica/cuidado de salud o dentro de un tiempo razonable después. El Proveedor mantiene el derecho de no proporcionar tratamiento si usted se niega a firmar la forma de consentimiento.

**AUTORIZACIONES:** Su autorización por escrito es obligatoria para la revelación de la información de su salud protegida cuando la revelación no es para propósitos de tratamiento, actividades de atención medica/cuidado de salud o pago, o exigida por ley.

## **LA INFORMACIÓN ACERCA de SU SALUD PUEDE SER USADA y REVELADA SIN la AUTORIZACIÓN del PACIENTE:**

**Para proveer tratamiento.** El Proveedor y otras personas involucradas en su tratamiento (tal como su médico de cabecera/médico tratante, miembros de la familia, farmacéuticos, proveedores de equipo médico u otros profesionales de atención médica/cuidado de salud) se pueden revelar uno al otro la información sobre su salud para proporcionarle los tratamientos adecuados. Por ejemplo, su médico tratante necesita información sobre sus síntomas para recetar medicamentos apropiados. Cuando sea aplicable, cualquier documento que contenga información de salud protegida que se le haya entregado a usted o se haya dejado en su hogar/la ubicación del servicio por uno de nuestros cuidadores con el propósito de proveer tratamiento y/o cuidado continuo, es la responsabilidad suya a salvaguardar el documento.

**Para obtener pagos.** El Proveedor puede revelar la información sobre su salud para cobrar el pago de terceros. Por ejemplo, el Proveedor puede estar obligado por su compañía de seguro de salud a revelar información sobre la condición de su atención médica para obtener previa aprobación para tratamiento.

**Para llevar a cabo actividades de atención médica.** El Proveedor puede revelar la información sobre su salud según sea necesario para facilitar las actividades de atención medica/cuidado de salud del Proveedor y para proporcionarle atención/cuidado de calidad a todos los pacientes del Proveedor, incluyendo actividades como:

- Evaluación de la calidad y mejoras
- Actividades diseñadas para mejorar la salud o reducir el costo de la atención medica/cuidado de salud
- Desarrollo de protocolo, gestión de los casos y coordinación de la atención
- Contactar a los proveedores y a los pacientes en cuanto a alternativas al tratamiento y otras funciones relacionadas
- Revisión profesional y evaluación del rendimiento
- Programas supervisados para la capacitación profesional
- Acreditación, certificación, licenciatura o credenciales
- Revisiones y auditorias (incluye cumplimiento, servicios médicos y legales)
- Planificación y desarrollo empresarial (incluye gestión de costos, análisis, y formularios)
- Gestión empresarial y administración general
- Actividades para la seguridad del paciente

Por ejemplo, el Proveedor puede usar la información sobre su salud para evaluar el rendimiento del personal, combinar la información sobre su salud con la información de los pacientes de otros Proveedores al evaluar cómo servir a todos los pacientes del Proveedor con más eficacia, revelar la información sobre su salud al personal del Proveedor y al personal contratado con propósitos de capacitación, usar su información médica para ponerse en contacto con usted como recordatorio con respecto a una visita que se le va hacer, o para ponerse en contacto con usted a través de correos de información (a menos que nos indique usted que no desea ser contactado para esto.)

**Para una Entidad Cubierta Afiliada.** El Proveedor puede revelar información a otras entidades afiliadas que son parte de la Entidad Cubierta Afiliada (Affiliated Covered Entity) para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago de atención médica/cuidado de salud como se describió anteriormente, que pueden incluir ayudar a identificar y proporcionar atención médica/cuidado de salud adecuado para usted o para ayudar en las funciones administrativas relacionadas con su cuidado.

**Para Socios de Negocio.** Podemos hacer contratos con entidades conocidas como Socios de Negocio que provean servicios al Proveedor o llevan a cabo funciones a nombre del Proveedor. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida a Socios de Negocio para administrar las reclamaciones. Los Socios de Negocio y sus subcontratistas están obligados por ley a salvaguardar la información de su salud protegida.

**Para el Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés – Health Information Exchange).** Los Proveedores pueden participar en el intercambio de información de salud electrónico y pueden compartir la información de su salud según se describe en este Aviso. Un HIE es una forma de compartir su información de salud entre proveedores tal como hospitales, médicos, laboratorios y otros proveedores de atención médica/cuidado de salud a través de medios electrónicos seguros. Según lo permita la ley, su información de salud se compartirá automáticamente con este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido, mejor coordinación de atención/cuidado y asistir a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Si desea darse de baja del intercambio, complete, firme y envíe la forma de “Solicitud de Exclusión” (Request to Opt-Out” form) a su proveedor para deshabilitar todo el acceso a su información de salud. Para obtener una copia de la forma “Solicitud de Exclusión” (Request to Opt-Out” form), por favor llame al 1-800-489-1307 y pida una copia o visite nuestro sitio web en <https://lhcgroupprivacy.com/> y baje la forma. Envíe la forma completada y firmado por medio de fax al 1-833-944-0512, por correo electrónico a [hie.consent@lhcgroupprivacy.com](mailto:hie.consent@lhcgroupprivacy.com), o por correo postal a: **LHC Group - Privacy Office, 901 Hugh Wallis Road South, Lafayette, LA 70508**

**Según lo exija la ley.** Hay regulaciones federales y estatales que exigen ciertos informes, incluyendo actividades basadas en la población relacionadas con el mejoramiento de la salud o reducción de los costos de atención medica/cuidado de salud. Por ejemplo, la información de su salud puede ser requerida para actividades públicas de salud; investigaciones de abuso, negligencia o violencia doméstica; propósitos de aplicación de la ley, funciones gubernamentales especializadas, asuntos militares/de veteranos, funciones/propósitos relacionados con la muerte, adquisiciones/donaciones de órganos y tejidos, para evitar amenazas serias a la salud o a la seguridad, procedimientos judiciales y administrativos, ayuda en casos de desastre, y la compensación por accidentes laborales. Algunos estados tienen leyes de privacidad separadas que pueden aplicar obligaciones legales adicionales. Si las leyes de privacidad del estado son más rigurosas que las leyes de privacidad federales, la ley estatal anula/hace caso omiso de la ley federal.

Aparte de lo indicado anteriormente, el Proveedor no revelará la información de su salud sin su autorización por escrito, la cual puede usted revocar por escrito en cualquier momento.

**AUTORIZACIÓN POR ESCRITO ES REQUERIDA SI NO ES PARA TRATAMIENTO, PAGO, ACTIVIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA o REQUERIDO POR LEY para LOS SIGUIENTES:**

- Litigio/pleito
- Recaudación de fondos/Comercialización
- Discapacidad
- Investigaciones
- Resultados de pruebas genéticas o de VIH (HIV)
- Anotaciones de psicoterapia/Registros de trastorno por abuso de sustancias

## **CON RESPECTO A LA INFORMACION SOBRE SU SALUD, USTED TIENE EL DERECHO:**

- **De solicitar restricciones** a ciertos usos y revelaciones de la información sobre su salud, incluyendo revelación a personas involucradas en su atención/cuidado o el pago. Sin embargo, el Proveedor no está obligado a estar de acuerdo con su solicitud excepto cuando la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés, Protected Health Information) es para el pago a un plan de salud para que el plan lleve a cabo el pago, y no es a lo contrario requerido por ley, y usted o alguien en su nombre le ha pagado al Proveedor por su cobro total.
- **De recibir comunicaciones confidenciales en cierta manera.** Por ejemplo, usted puede solicitar que el Proveedor únicamente se comunique con usted en privado, con ningún otro miembro de la familia presente. El Proveedor no preguntará la razón por su solicitud e intentará de cumplir con cualquier solicitud razonable. Si desea solicitar una comunicación alternativa, solicite una Forma de comunicación confidencial alternativa (Alternate Confidential Communication form) para documentar cómo desea usted recibir comunicaciones confidenciales.
- **De inspeccionar y recibir una copia de su información de salud** incluyendo registros de facturación. Para solicitar una inspección o una copia de los registros que contienen su información médica/de salud, por favor notifique a su Proveedor directamente. Usted puede solicitar a recibir esta información en forma electrónica o en papel. El Proveedor puede cobrar un honorario razonable por los costos asociados para copiar y reunir la información que usted solicitó. Las regulaciones federales requieren que proporcionemos gratuitamente una copia del registro clínico a los pacientes del cuidado de salud domiciliario. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamos generalmente dentro de los 30 días a partir de su solicitud. Las regulaciones federales requieren que proporcionemos una copia o un resumen de su salud y reclamos en el hogar registros en la próxima visita o dentro de los 4 días de su solicitud, lo que sea que venga primero.
- **De solicitar enmiendas a la información de su atención médica/cuidado de salud** (incluyendo correcciones u otras opiniones) para cualquier información médica/de salud en cuestión mientras que el Proveedor esté manteniéndola. Este derecho no incluye eliminación, retiro o borrado de la información de salud/médica. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito. El Proveedor puede rechazar la solicitud si: (a) la solicitud no es por escrito; (b) la solicitud no incluye una razón; (c) la información de salud/médica no fue creada por el Proveedor ni es parte de los registros del Proveedor; (d) si las Regulaciones no le permite a usted inspeccionar o copiar la información de salud/médica que solicita, o (e) si después de considerar su solicitud, el Proveedor encuentra que su información de salud/médica ya es precisa y completa. Pueden decir que “no” a su solicitud, pero le dirán la razón por escrito dentro de 60 días.
- **De recibir una contabilidad/explicación sobre las revelaciones** de su información de salud/médica llevadas a cabo por el Proveedor que no fueron para el propósito de tratamiento, pago o actividades de atención médica/cuidado de salud. Todas las solicitudes semejantes deben ser por escrito y deben especificar el período de tiempo que cubrirá la explicación sin exceder un plazo de seis (6) años o sin sobrepasar la política normal para la retención de registros del Proveedor -- indique el plazo de tiempo más largo. El Proveedor no le cobrará por proporcionarle la primera contabilidad solicitada durante cualquier período de doce (12) meses. Solicitudes subsiguientes puedan ser sujetas a honorarios razonables basados en los costos incurridos para cumplir con la solicitud.
- **De recibir una copia en papel/copia impresa de este Aviso** en cualquier momento aunque usted ya haya recibido este Aviso anteriormente. Una copia de la versión actual de este Aviso se encuentra disponible en la ubicación del Proveedor y en [www.lhcgroup.com](http://www.lhcgroup.com).
- **De elegir a alguien que actúe por usted.** Si usted le ha dado a alguien el poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud/médica. Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por usted antes que nosotros tomemos cualquier acción.

## **RESPONSABILIDADES del PROVEEDOR (SEGUN LO EXIGE la LEY):**

- De mantener la privacidad de la información de su salud;
- De proporcionarle a usted o a su representante este Aviso sobre sus deberes y prácticas de privacidad;
- De cumplir con los términos de este Aviso que pueden ser enmendados de vez en cuando; y
- De notificarle a usted en caso de que nosotros o uno de nuestros Socios de Negocio descubra una violación de su información de salud protegida (sin resguardo,) en una manera que no se permite bajo las Reglas de HIPAA y que pone en peligro la seguridad o la privacidad de la información de salud protegida, a no ser que después de la evaluación se determine que solamente existe una probabilidad baja de que la información de salud protegida haya sido comprometida.

**CAMBIOS a ESTE AVISO:** El Proveedor reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso y a realizar estos cambios eficaces para toda la información de salud que mantiene. Si el Proveedor cambia/revisa este Aviso, el Proveedor le proporcionará a usted una copia del Aviso cambiado/revisado a través de la ubicación de su Proveedor (y por medio del enlace [www.lhcgroup.com](http://www.lhcgroup.com).)

**QUEJAS:** Usted tiene derecho de expresar sus quejas al Proveedor o a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU (U.S. Secretary of DHHS, por sus siglas en inglés, Department of Health and Human Services) si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. No habrá represalias contra usted de ninguna clase por haberse quejado.

**PARA COMUNICARSE con NOSOTROS:** Preocupaciones sobre la privacidad y seguridad relacionadas con su información de paciente deben ser dirigidas directamente a su Proveedor, o a nuestro **Oficial encargado de la Privacidad del HIPAA (designated HIPAA Privacy Officer )** al **1-800-489-1307**, o por el correo postal a la dirección directa a:

**HIPAA Privacy Officer  
LHC Group, Inc.  
901 Hugh Wallis Road South  
Lafayette, LA 70508**