

Aviso de prácticas de privacidad de LHC Group, Inc.

ESTE AVISO DESCRIBE LAS POSIBLES FORMAS EN QUE SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO ACCEDER A ELLA LÉALO CON ATENCIÓN

LHC Group, Inc. y sus compañías afiliadas (el “Proveedor”) (en conjunto, una “Entidad afiliada cubierta”) pueden usar y divulgar su información de salud protegida para tratamientos, pagos, operaciones relacionadas con la atención médica y según lo exija la ley de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (“HIPAA”), modificada por la Ley de Tecnología de la Información de Salud Clínica y Económica (“HITECH”) y la regla Ómnibus de HIPAA (en conjunto, las “Reglas HIPAA”). A continuación, “usted” o “su” también hacen referencia a sus representantes autorizados. Los términos “información” o “información de salud” en este aviso incluyen información almacenada que podría revelar su identidad y que se puede usar y que se relaciona con su condición de salud física o mental, la provisión de atención médica o el pago de dicha atención médica.

CONSENTIMIENTOS: Según las Reglas HIPAA, el Proveedor tiene la opción de obtener su consentimiento con respecto al uso y la divulgación de su información al inicio de la atención o dentro de un plazo posterior razonable. El Proveedor se reserva el derecho de negarle el tratamiento si se niega a firmar el formulario de consentimiento.

AUTORIZACIONES: Su autorización por escrito es obligatoria para la divulgación de su información de salud protegida cuando esta no sea con fines de tratamiento, operaciones o pagos relacionados con la atención médica, o si así lo exige la ley.

SU INFORMACIÓN DE SALUD SE PUEDE RECOPIRAR, UTILIZAR Y DIVULGAR SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:

Para brindar un tratamiento. El Proveedor y las demás personas involucradas (como el médico, miembros de la familia, farmacéuticos, proveedores de equipamiento médico u otros profesionales de atención médica) pueden divulgar su información entre ellos para acordar el tratamiento adecuado para usted. Por ejemplo, el médico que le brinda atención necesita información sobre sus síntomas para recetar los medicamentos correctos. Si corresponde, es su responsabilidad proteger cualquier tipo de documento que contenga información de salud protegida que haya recibido o uno de sus cuidadores haya dejado en su hogar o lugar de trabajo con fines de tratamiento o continuación de la atención.

Para recibir pagos. El Proveedor puede divulgar su información de salud para obtener el pago de terceros. Por ejemplo, su aseguradora de salud puede exigirle al Proveedor que divulgue información relacionada con su estado de atención médica a fin de obtener la aprobación previa para el tratamiento.

Para llevar a cabo operaciones relacionadas con la atención médica. El Proveedor puede divulgar su información de salud según sea necesario para facilitar las operaciones relacionadas con la atención médica y brindar una atención de calidad a todos sus pacientes, lo que incluye actividades como las siguientes:

- Evaluación y mejora de la calidad y actividades de seguridad del paciente
- Actividades diseñadas para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica
- Desarrollo de protocolos, gestión de casos y coordinación de atención
- Comunicación con proveedores y pacientes sobre alternativas de tratamiento y otras funciones relacionadas
- Revisión profesional y evaluación del rendimiento
- Programas de formación profesional supervisados
- Acreditación, certificación, entrega de licencias o credenciales
- Revisiones y auditorías (lo que incluye servicios de cumplimiento, médicos y legales)
- Planificación y desarrollo negocios (lo que incluye gestión de costes, análisis, formularios de medicamentos), administración y gestión general

Por ejemplo, es posible que el Proveedor use su información de salud para lo siguiente: evaluar el rendimiento de su personal; combinarla con otros pacientes para evaluar cómo mejorar la eficacia de la atención; divulgarla al personal y al personal contratado del Proveedor con fines de formación; ponerse en contacto con usted para recordarle sobre una visita o a través de correos de información (a menos que nos diga que no desea que lo contactemos para tal fin).

Para enviar recordatorios y comunicados. El Proveedor puede enviarle recordatorios relacionados con su atención, como recordatorios de citas. El Proveedor puede notificarle acerca de tratamientos, pagos u operaciones relacionadas con la atención médica mediante los números de teléfono o direcciones de correo electrónico que usted nos proporcione.

Para enviarla a una Entidad afiliada cubierta: El Proveedor puede divulgar información a otras entidades afiliadas que sean parte de la Entidad afiliada cubierta para realizar tratamientos, pagos u operaciones relacionadas con la atención médica como se describe anteriormente, lo que puede incluir ayudar a identificar y brindar atención adecuada para usted o ayudar en funciones administrativas relacionadas con su atención.

Para enviarla a socios comerciales. Es posible que celebremos contratos con entidades conocidas como Socios comerciales que brindan servicios al Proveedor o realizan funciones en su nombre. Por ejemplo, podemos divulgar su información protegida de salud a un socio comercial que administre los reclamos. Es obligatorio por ley que los socios comerciales y sus subcontratistas preserven su información protegida de salud.

Para el Intercambio de información de salud (HIE) (aplica en todos los estados, excepto en los que se mencionan a continuación). Es posible que los Proveedores participen en intercambios de información de salud (HIE) digitales y compartan su información de salud tal como se describe en este Aviso. Un HIE es una forma de intercambiar información de salud entre proveedores como hospitales, médicos, laboratorios y otros proveedores de atención médica de forma electrónica y segura. Tal como lo permite la ley, su información de salud se compartirá automáticamente con este intercambio para ofrecer un acceso más rápido y mejor coordinación de la atención, así como para ayudar a los proveedores y los funcionarios de salud pública a tomar decisiones mejor fundamentadas. Si no desea formar parte, póngase en contacto con su proveedor, llame al 1-800-489-1307 o envíe un correo electrónico a hie.consent@lhcgroupp.com.

En Maryland: Hemos decidido ser parte del sistema CRISP (Chesapeake Regional Information System for our Patients, Inc.), un intercambio regional de información de salud establecido en Maryland. Tal como lo permite la ley, su información de salud se compartirá con este intercambio para ofrecer un acceso más rápido y mejor coordinación de la atención, así como para ayudar a los proveedores y los funcionarios de salud pública a tomar decisiones mejor fundamentadas. Para optar por no participar y deshabilitar todo acceso a su información de salud disponible a través de CRISP puede llamar al 1-877-952-7477 o completar y enviar un formulario de exclusión voluntaria a CRISP por correo electrónico, fax o a través de su sitio web www.crisphealth.org. Informes de salud pública e información sobre sustancias peligrosas controladas. Como parte del Programa de monitoreo de medicamentos recetados (PDMP) de Maryland, seguirá estando disponible para proveedores. Formamos parte del intercambio de información de salud (HIE) CRISP para compartir sus registros médicos con los demás proveedores de atención médica y por otros motivos limitados. Usted tiene derecho a limitar cómo se comparte su información médica. Le recomendamos leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad y encontrar más información sobre las políticas de intercambio de registros médicos de CRISP en www.crisphealth.org.

Según lo exige la ley (aplica en todos los estados, excepto en los que se mencionan a continuación). Existen regulaciones federales y estatales que requieren ciertos niveles de informes, lo que incluye las actividades poblacionales relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de atención médica. Por ejemplo, su información de salud podría ser necesaria para actividades de salud pública, investigaciones de abusos, negligencia o violencia doméstica, fines judiciales, funciones gubernamentales especializadas, asuntos militares o de excombatientes, objetivos o funciones relacionados con la muerte, adquisición o donación de órganos y tejido, prevención de una amenaza grave a la salud o la seguridad, procedimientos judiciales o administrativos, ayuda en caso de desastres e indemnización laboral. Es posible que algunas leyes federales y estatales requieran protecciones de privacidad especiales que restrinjan el uso y la divulgación de cierto tipo de información de salud confidencial lo que incluye abuso sexual; enfermedades contagiosas; datos genéticos; VIH/SIDA; salud mental; información de menores de edad; información sobre medicamentos con receta; salud reproductiva o salud sexual, y enfermedades de transmisión sexual. Si las leyes de privacidad estatales son más estrictas que las federales, la ley estatal prevalece sobre la ley federal.

Respetamos la ley más estricta o protectora, siempre y cuando aplique para nuestro caso. Por ejemplo, si recibimos información sobre usted mediante un consentimiento limitado que otorgó a un programa de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias con ayuda federal (“Programa de la Parte 2”), consideraremos el permiso que otorgó y seguiremos cumpliendo con el Título 42 del CFR, Parte 2. Si su consentimiento permite el uso y la divulgación para

todos los tratamientos, pagos u operaciones relacionadas con la atención médica a futuro, podemos usar o divulgar dicha información para esos fines y de acuerdo con la HIPAA de 1996. En ningún caso utilizaremos ni divulgaremos su información del Programa de la Parte 2 en procedimientos legales en su contra sin su consentimiento por escrito ni sin una orden judicial después de que haya sido notificado y se le haya brindado la oportunidad de ser escuchado.

Salvo lo establecido anteriormente, el Proveedor no divulgará su información médica sin su autorización por escrito, la cual podrá revocar de la misma manera en cualquier momento.

En Nevada: Aviso a los pacientes sobre el acceso a los registros médicos. La Junta podrá acceder a sus registros de atención médica de conformidad con la sección 630.139 de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS).

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO FUERA DE LOS TRATAMIENTOS, PAGOS, OPERACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA O SEGÚN LO EXIJA LA LEY PARA LO SIGUIENTE:

- Litigio
- Seguro de vida
- Recaudación de fondos/marketing
- Notas/registros de psicoterapia
- Registros de trastornos por abuso de sustancias
- Discapacidad
- Investigación
- Resultados de pruebas genéticas o de VIH

TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD:

- **Solicitar restricciones** sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud para tratamientos, pagos u operaciones relacionadas con la atención médica. También tiene derecho a restringir la divulgación a las personas involucradas en su atención o sus pagos. Cualquier solicitud de restricciones se debe presentar por escrito. Tenga en cuenta que, si bien tratamos de respetar su solicitud y permitiremos solicitudes coherentes con nuestras políticas, no tenemos la obligación de aceptar ninguna solicitud de restricción, excepto cuando haya pagado por un artículo o servicio en su totalidad de su bolsillo y solicite que no divulguemos información sobre ese artículo o servicio a su plan de salud. Si aceptamos su solicitud de restricciones, respetaremos sus límites a menos que se trate de una situación de emergencia.
- **Recibir comunicados confidenciales de cierta forma.** Por ejemplo, puede solicitar que el Proveedor solo se comunique con usted de forma privada y sin otros miembros de la familia presentes. El Proveedor no le solicitará ningún motivo para su solicitud e intentará cumplir con cualquier solicitud razonable. Si desea solicitar un medio de comunicación alternativo, solicite un formulario de comunicación confidencial alternativa para documentar cómo desea recibir comunicados confidenciales.
- **Inspeccionar y recibir una copia de su información de salud,** incluidos los registros de facturación. Para solicitar una inspección o copia de sus registros que contienen su información de salud, notifique directamente a su Proveedor. Puede solicitar recibir esta información en formato electrónico o en papel. El Proveedor podrá cobrar una tarifa razonable por los costos de copia y preparación de su solicitud. Las regulaciones federales requieren que proporcionemos una copia del historial clínico a los pacientes de atención médica a domicilio sin cargo. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Las regulaciones federales requieren que proporcionemos una copia o un resumen de sus registros de reclamos y atención médica a domicilio en la próxima visita después de la solicitud o dentro de los 4 días posteriores a su solicitud, lo que ocurra primero.
- **Solicitar modificaciones a su información de atención médica** (lo que incluye correcciones u otras opiniones) para cualquier información de salud en cuestión durante el tiempo que el Proveedor la almacene. Este derecho no incluye eliminar, quitar o borrar información de salud. Todas estas solicitudes deberán presentarse por escrito. El Proveedor puede denegar la solicitud si: (a) la solicitud no se realiza por escrito; (b) la solicitud no incluye un motivo; (c) la información de salud no fue creada por el Proveedor ni forma parte de los registros del Proveedor; (d) si las regulaciones no le permiten de otra manera inspeccionar o copiar la información de salud en cuestión; o, (e) si después de considerar su solicitud, el Proveedor determina que su información de salud ya es precisa y completa. En caso de denegar la solicitud, se lo comunicaremos por escrito en los 60 días posteriores.

- **Recibir una lista** de las veces que el Proveedor divulgó por razones distintas a las de tratamiento, pagos u operaciones relacionadas con la atención médica. Todas estas solicitudes deben hacerse por escrito y deben especificar el período de tiempo que abarcará la lista, que no debe exceder los seis (6) años o la política normal de retención de registros del Proveedor, el período de mayor duración. El Proveedor proporcionará la primera lista solicitada durante cualquier período de doce (12) meses sin cargo. Las solicitudes posteriores pueden estar sujetas a una tarifa razonable según los costos.
- **Obtener una copia impresa de este Aviso** en cualquier momento, incluso si ya la ha recibido anteriormente. Una copia de la versión actual de este Aviso está disponible en la ubicación del Proveedor y en www.lhcgroup.com.
- **Elegir a alguien para que actúe en su nombre.** Si le ha otorgado a alguien un poder legal médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
- En algunos estados, usted puede tener derecho a no otorgar su consentimiento por escrito para la divulgación de información sobre servicios de atención médica reproductiva en ciertos casos. Según su estado de residencia, es posible que tengamos la obligación de obtener su consentimiento por escrito antes de divulgar información sobre sus servicios de atención médica reproductiva en ciertas acciones o procedimientos civiles, sujeto a algunas excepciones. En los casos en los que se deba obtener su consentimiento, usted tiene derecho a negarlo.

Para ejercer cualquiera de sus derechos descritos anteriormente, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección que figura al final de este aviso.

OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR (SEGÚN LO EXIGE LA LEY):

- mantener la privacidad de su información de salud;
- mantener medidas de seguridad físicas, electrónicas y procesales en el manejo y almacenamiento de su información, para evitar riesgos como pérdida, destrucción o mal uso.
- proporcionarle a usted o a su representante este Aviso acerca de sus obligaciones y prácticas de privacidad;
- cumplir con los términos de este Aviso, que podrán ser modificados de vez en cuando; y
- notificarle en el caso de que nosotros o uno de nuestros socios comerciales descubramos una violación de su información protegida de salud no segura, de una manera no permitida por las Reglas HIPAA, que comprometa la seguridad o privacidad de su información protegida de salud, a menos que después de la evaluación se determine que existe una baja probabilidad de que esta se haya visto comprometida.

MODIFICACIONES A ESTE AVISO: El Proveedor se reserva el derecho de modificar los términos de este Aviso y de hacer que dichas modificaciones apliquen a toda la información de salud que almacena. Si el Proveedor modifica este Aviso, le proporcionará una copia del Aviso revisado a través de su ubicación (y en www.lhcgroup.com).

QUEJAS/RECLAMOS: Usted tiene derecho a expresar quejas o presentar reclamos al Proveedor o al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS) si cree que se han violado sus derechos de privacidad. No se tomarán represalias de ningún tipo contra usted por presentar una queja.

CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS: Las inquietudes sobre la privacidad y seguridad de su información de paciente se pueden enviar directamente a su Proveedor o a nuestro **Oficial de Privacidad de HIPAA designado al 1-800-489-1307, o a la siguiente dirección postal:**

**Oficial de Privacidad
LHC Group, Inc.
901 Hugh Wallis Road South
Lafayette, LA 70508**

Notice of Availability of Language Assistance Services and Alternative Formats

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Contact the provider for assistance.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición.. Comuníquese con el proveedor para obtener ayuda.

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請联系服务提供商寻求帮助

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Liên hệ với nhà cung cấp để được hỗ trợ.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
도움이 필요하시면 서비스 제공업체에 문의하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. makipag-ugnayan sa provider para sa tulong

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **Русский (Russian)**. Обратитесь к поставщику услуг за помощью.

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال بـ
اتصل بمقدم الخدمة للحصول على المساعدة

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Kontakte founisè a pou asistans.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez le fournisseur pour obtenir de l'aide.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy skontaktować się z dostawcą w celu uzyskania pomocy.

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Contate o fornecedor para obter assistência.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Contatta il fornitore per ricevere assistenza.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wenden Sie sich an den Anbieter, um Unterstützung zu erhalten.

注意事項：日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。プロバイダー（に）連絡してください」

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد.
برای کمک با ارائه دهنده تماس بگیرید

कृपा ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** भाषी हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपा पर काल करें सहायता के लिए सेवा प्रदाता से संपर्क करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Tiv tauj koj tus kws muab kev saib xyuas kom tau kev pab.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ(Camodian-Mon-Khmer)**សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ
គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទ សូមទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាដើម្បីសុំជំនួយ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyan. Makisarita iti mangipaay ti tulong.

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yániit'i'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. Kééhólníihii bich'i'j' aná'álwo'ígíí bich'i'j' kónííchíih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. la xidhiidh bixiyaha si aad gargaar u hesho.

ΠΡΟΣΟΧΗ : Αν μιλάτε **Ελληνικά (Greek)**, υπάρχει δωρεάν βοήθεια στη γλώσσα σας. επικοινωνήστε με τον πάροχο για βοήθεια.

આપને આપો: જો તમે ગુજરાતી (**Gujarati**) બોલતા હો તો આપને ભાષાકીય મદદરૂપ સેવા
વિના મૂલ્યે પ્રાપ્ય છે. સહાય માટે પ્રદાતાનો સંપર્ક કરો.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте **українською мовою (Ukrainian)**, у вас є можливість скористатися безкоштовними послугами перекладача.
Зверніться до провайдера за допомогою.

AADACHT: Wann du **Deitsch Schwetze (Pennsylvanian Dutch)** kann, kannscht du frei Schprooch aushilfe griege. Ruf dei provider (oder Gidder) fer Helf an.

FAAALIGA: Afai e te tautala Faa-**Samoa (Samoan)**, o loo avanoa tautua mo fesoasoani tau gagana mo oe, e le totogia. Fa'afeso'ota'i le kamupani mo se fesoasoani.