

**ESTA NOTA DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y  
REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR REVISE ESTA IMPORTANTE NOTA CON CUIDADO.**

---

- I. Cherokee Health Systems (referido por CHS de aquí en adelante en esta declaración) siempre ha sido muy cuidadoso en proteger la privacidad de la información médica de nuestros pacientes. Nosotros respetamos su derecho a privacidad y siempre hemos manejado su información médica personal, confiada a nosotros, con mucho cuidado y confianza. Esperamos que esta declaración sobre nuestras prácticas privadas ayude a contestar cualquier pregunta o preocupación que tenga sobre la privacidad de su información médica personal. Si usted tiene alguna duda, por favor siéntase libre a hacer las preguntas necesarias.
- II. CHS como todos los proveedores médicos, psicológicos y dentales, es requerido por ley mantener la privacidad de información médica protegida. También es requerido por ley que le proveamos esta información y sigamos las prácticas descritas en esta declaración. La ley requiere de nosotros proveerle esta información antes de que reciba su primer servicio médico con nosotros, siempre que posible. Pero también, nos permite tomar su información por teléfono o por otros medios antes de ofrecerle servicios para poder acelerar nuestra prestación de servicios a usted, y nos permite tratarle de inmediato en casos de emergencia, dando buena fe de proveerle de esta información lo antes posible, lo cual haremos. Por ley tenemos que exhibir, prominentemente, esta nota y cualquier revisión que hagamos en el futuro en todas las clínicas donde ofrecemos servicios de salud. Si usted no ve esta nota puesta en nuestras clínicas, por favor pida a una persona de nuestro equipo de trabajo que le señale donde está.
- III. Esta nota es efectiva desde el 23 de Septiembre del año 2013. En el futuro puede que encontremos necesario cambiar nuestras prácticas y reservarnos el derecho de hacer estos cambios sin notificación. Cualquier cambio a nuestras prácticas será publicado en todos nuestros locales donde prestamos servicios, al tiempo de que cualquier cambio entre en efecto y nosotros empezaremos a distribuir declaraciones revisadas de esta información a la fecha en que cualquier cambio sea efectivo. Por favor revise esta noticia cada vez que visite una de nuestras clínicas para informarse de cualquier cambio. Si con el tiempo encontramos que es necesario cambiar nuestras prácticas, no separaremos nuestros documentos o expedientes ya creados de acuerdo con la notificación en efecto. Reservamos específicamente el derecho a no separar los documentos en esta notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestras prácticas de privacidad y cualquier revisión en cualquier momento. Si desea una copia, por favor pídasela a alguien de nuestro personal.
- IV. La ley también requiere que hagamos todo esfuerzo de recibir por escrito confirmación de que recibió esta notificación. Por esta razón pedimos que usted (o su representante, por ejemplo, el padre de un niño) firme confirmando haber recibido esta información. Si no firma este reconocimiento, la persona de nuestro personal quien le entregó esta información firmará una declaración aclarando que le presentaron dicha información, para nuestros expedientes. Si en cualquier momento tiene preguntas con respeto a esta notificación o a lo aquí escrito, por favor hable con alguien de nuestro personal. Si no pueden contestar sus preguntas o preocupaciones a su satisfacción, por favor envíe correo electrónico a nuestro Departamento de Cumplimiento: **compliance @cherokeehhealth.com** o por fax al número 865-934-6766 o por carta a la siguiente dirección: Cherokee Health Systems, Compliance Department, 5600 Brainerd Rd, Suite A-4, Chattanooga, TN 37411.
- V. Mantenemos sus documentos médicos en un lugar seguro, disponibles únicamente al personal que necesita tener acceso a ellos y sólo por el tiempo mínimo necesario para que el personal haga su trabajo y le provea tratamiento, o para operaciones necesarias de la oficina como, darle seguimiento a sus pagos o seguir el éxito de nuestras operaciones de salud. Si su información médica es mantenida o compartida electrónicamente, medidas de seguridad razonables y apropiadas serán tomadas para proteger la privacidad de su información. Todo nuestro personal recibe entrenamiento para saber cómo mejor proteger su privacidad y ha firmado un documento prometiendo seguir las prácticas descritas en esta noticia. En el caso de que ocurra una infracción de su información personal de salud, usted tiene el derecho y será informada.
- VI. La ley nos permite usar su información médica para los propósitos de tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de la salud. Lo que esto significa es que mientras protegemos la privacidad de su información liberando únicamente la información mínima y necesaria para alcanzar nuestro propósito, a fin de proveerle el mejor tratamiento médico posible, debemos compartir su información entre nuestro personal profesional y otros profesionales.

A. Divulgaciones para tratamiento

1. Por ejemplo, somos una compañía de cuidado integrado; eso significa que si usted es un paciente médico, puede que su proveedor médico piense que es en su mejor interés compartir su información con uno de nuestros psicólogos, un clínico entrenado que quizás pueda ayudarle a usted y a su doctor en el transcurso de su tratamiento. Si usted es paciente de uno de nuestros psicólogos, puede que su clínico vea ventaja en involucrar a un doctor médico en su tratamiento. En cualquier de estos casos, se compartirá cierta información entre nuestro personal profesional para asegurarle el mejor tratamiento posible en CHS. También enfermeras y otro personal clínico tendrá acceso a sus documentos, en la extensión necesaria, para poder asistir al doctor encargado de su tratamiento. Por la razón que muchos de nuestros pacientes reciben servicios en varias de nuestras clínicas, sus documentos serán usados por personal en todas las clínicas que visite para el propósito de su tratamiento.
2. Otra ilustración es si su proveedor médico encuentra necesario referirle a un proveedor especialista (por ejemplo, un cardiólogo), la parte de su expediente que es pertinente para el tratamiento de su condición será reenviada al especialista en anticipación a su visita. Después de esa visita, la información documentada por el especialista durante esa cita y cualquier cita en el futuro será enviada de regreso a nosotros para ayudarnos a coordinar su tratamiento. A veces un proveedor especialista necesita tener acceso a sus documentos médicos para decidir si lo(a) acepta como paciente referido o no. Todavía, el especialista tiene que revisar sus documentos con anticipación para aceptar o negar tratamiento.
3. Si usted es un paciente de uno de nuestros proveedores clínicos de salud mental y recibe supervisión y tratamiento continuo, sus derechos son diferentes bajo la ley del estado de Tennessee. Mientras que su información pueda ser compartida dentro de nuestro sistema, si es necesario para su tratamiento, cualquier liberación de su información a una entidad fuera de CHS, no incluyendo compañías de seguro médico u otro pagador usando el estándar mínimo necesario (si ha firmado una autorización), o bajo ciertas circunstancias a una agencia del gobierno (incluyendo pero no limitadas a procedimientos legales, razones de imposición de la ley, o razones de salud pública o deber de advertir) requiere que obtengamos una autorización a parte, firmada por usted para liberar esta información. Eso significa, por ejemplo, que si usted se muda y quiere ver a otro profesional médico fuera de nuestro sistema de servicios, pediremos que firme una autorización antes de enviar sus documentos médicos a cualquier otra persona.

B. Divulgaciones para cobrar

1. Nosotros tenemos permiso para utilizar su información para el propósito de pago. Esto significa que personal de la oficina y del departamento de cobro puede usar la información mínima necesaria para cobrar pagos de cualquier asegurador, programa del gobierno o cualquier otro pagador incluyendo a usted.
2. A veces una compañía de seguro u otro pagador requiere que enviemos un documento médico para que puedan revisarlo antes de pagar por una reclamación de servicios prestados por nosotros. Cuando esto ocurre, revisamos sus documentos y enviamos sólo la información mínima necesaria, en nuestra opinión, para satisfacer las necesidades de ellos.
3. Entretanto, por contrato entre ambos, usted como miembro y nosotros como proveedores, la mayoría de los planos tienen derecho contractual de revisar sus documentos por completo, si lo demandan. Si hacen dicha demanda, tenemos que cumplir con los requisitos. Si usted desea más información acerca de este proceso, por favor envíe correo electrónico a nuestro Departamento de Cumplimiento: [compliance@cherokeehhealth.com](mailto:compliance@cherokeehhealth.com) o por fax al número 865-934-6766 o por carta a la siguiente dirección: Cherokee Health Systems, Compliance Department, 5600 Brainerd Rd, Suite A-4, Chattanooga, TN 37411.

C. Divulgaciones de Operaciones Para el Cuidado de la Salud

1. Se nos está permitido usar su información en el transcurso de nuestras operaciones para el cuidado de la salud. Esto significa que, por ejemplo, podemos usar su información para ayudarnos a programar nuestro horario, ordenar materiales, revisar para aseguración de calidad o manejo de riesgo o cumplimiento con la Corporación o de cualquier otra manera que nos luzca ayudar a desarrollar, medir y mejorar la calidad de los servicios que proveemos.

2. A veces es necesario enviar por correo, fax o transmisión electrónica su información personal de salud para el propósito de tratamiento, cobro u operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo, si usted está siendo tratado en otra clínica por razones de emergencia tenemos que proveer sus documentos médicos para ayudar a los proveedores en el tratamiento. En tal caso y en otros casos podremos enviar parte o todos sus documentos por fax. Haciendo esto, nos esforzaremos para asegurar que el fax llegue al local determinado y que la información sea usada para el propósito indicado.
  3. Similarmente, a veces es necesario trasladar su información dentro de nuestro sistema, de una clínica a otra, o a una compañía de seguros, a una agencia del gobierno u otro pagador y nosotros, usaremos medidas de seguridad razonable y apropiada, sea transmitida físicamente o electrónicamente. Si sus documentos se mantienen en forma electrónica, medidas de seguridad razonable y apropiada serán tomadas para proteger la privacidad de su información personal, permitiendo acceso mínimo al personal que necesita contribuir a su cuidado. Precauciones serán tomadas para prevenir acceso no autorizado tanto dentro de nuestra compañía como fuera. Si tiene preguntas sobre estas medidas por favor envíe correo electrónico a nuestro Departamento de Cumplimiento: [compliance@cherokeehhealth.com](mailto:compliance@cherokeehhealth.com) o fax al número 865-934-6766 o carta a la dirección: Cherokee Health Systems, Compliance Department, 5600 Brainerd Rd, Suite A-4, Chattanooga, TN 37411.
  4. Una autorización por su parte se hace necesaria para usar información de su salud personal con fines de publicidad.
- D. Usted tiene el derecho de optar por decir no a cualquier comunicación con finalidad de colecta de fondos.
- VII. Divulgaremos su información únicamente bajo las circunstancias arriba mencionadas. Cualquier otro uso e divulgación de su información se hará sólo con su autorización.
- A. Si usted nos da una autorización y después cambia de opinión, puede cancelar la autorización.
  - B. Si usted firma y después cancela una autorización, podremos divulgar su información entre el tiempo que usted he firmado y cancelado la autorización.
  - C. Si en algún tiempo somos obligados por ley a compartir su información con una agencia del gobierno, tal como una autoridad competente, al Departamento de Servicios Para Niños y Familias o a las autoridades de Salud Pública, por ejemplo, o por cualquier otra razón, se nos requiere mantener justificación de toda la información divulgada en situaciones no cubiertas en esta noticia de prácticas o por autorización aparte. Usted tiene derecho a ver una lista de estas divulgaciones de su información envíe correo electrónico a nuestro Departamento de Cumplimiento: [compliance@cherokeehhealth.com](mailto:compliance@cherokeehhealth.com) o por fax al número 865-934-6766 o por carta a la siguiente dirección: Cherokee Health Systems, Compliance Department, 5600 Brainerd Rd, Suite A-4, Chattanooga, TN 37411.
- VIII. Usted puede pedir restricciones en el manejo de su información, al opuesto a las prácticas aquí descritas. Cualquier solicitud dehesa naturaleza debe hacerse por escrito y enviando la carta a la siguiente dirección: Cherokee Health Systems, Compliance Department, 5600 Brainerd Rd., Suite A-4, Chattanooga, TN 37411.
- A. Este consciente de que estamos ya comprometidos a mantener su información lo más privado posible, y que cualquier restricción que añade puede interferir con su tratamiento, nuestro derecho a conseguir cobro de un plan de seguro y puede impedir nuestras operaciones de cuidado de salud.
  - B. Tal restricción puede causar que la responsabilidad por los costos adquiridos caigan exclusivamente sobre usted.
  - C. En ciertas circunstancias no somos obligados a honrar su petición. Si por alguna razón sentimos que no podemos hacer lo que usted nos pide, le explicaremos nuestras razones lo mejor posible.
- IX. Usted tiene derecho a revisar o recibir una copia de su historial médico.
- A. Usted tiene que hacer la solicitud por escrito en cualquier de las oficinas de CHS o enviar por correo a: ATTN: Records Releases, 1923 Sulphur Springs Road, Morristown, TN 37813.
  - B. Nosotros contestaremos su solicitud dentro de diez días.
  - C. Habrá un cobro por este servicio basado en nuestro costo actual de hacer las copias. Nosotros informaremos el costo al tiempo de su solicitud.

- D. Si usted es un cliente de terapia comportamental, debido a la posible complejidad de su historial médico, nos gustaría que haya un profesional clínico disponible para revisar y explicarle lo escrito en sus documentos. Esto requerirá que saque cita en una de las clínicas donde ha recibido servicios. No habrá costo adicional por este servicio.
- X. Si usted no está de acuerdo con algo en su historial médico, usted tiene derecho de alterarlo.
- A. Esto significa que usted puede pedir que su declaración de desacuerdo sea adicionada a su historial médico como parte de sus documentos.
- B. Nosotros, entonces, tenemos el derecho de adjuntar una declaración a su historial médico, contestando a sus preocupaciones, no importando si estamos de acuerdo o en desacuerdo con su declaración.
- C. Por favor comente cualquier preocupación con respeto a este tema con su profesional clínico o envíe correo electrónico a nuestro Departamento de Cumplimiento: [compliance@cherokeehealth.com](mailto:compliance@cherokeehealth.com) o por fax al número 865-934-6766 o por carta la dirección: Cherokee Health Systems, Compliance Department, 5600 Brainerd Rd, Suite A-4, Chattanooga, TN 37411.
- XI. Nosotros requerimos que nuestros socios de negocios, personas o compañías que ejecutan servicios a nosotros, en áreas de tratamiento, cobro u operaciones de cuidado de la salud, firmen contratos o una declaración de entendimiento y acuerdo con nuestras prácticas de privacidad. Nuestros socios de negocios, sea la información compartida con los mismos casualmente o en el curso del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, acuerdan de proteger su información personal de la misma manera que hacemos nosotros al firmar estos acuerdos específicos.
- XII. Nunca compartiremos o usaremos su información personal de identificación con nadie para el propósito de venta y distribución o para estudios sin antes explicarle a usted completamente cómo será usada la información y sin conseguir su autorización por escrito antes del ocurrido. Cualquier información que compartamos sin autorización específica fuera de las razones aquí explicadas no contendrá información personal.
- XIII. Si usted siente que su privacidad ha sido violada, por favor envíe correo electrónico a nuestro Departamento de Cumplimiento: [compliance@cherokeehealth.com](mailto:compliance@cherokeehealth.com) o fax al número 865-934-6766 o carta a la dirección: Cherokee Health Systems, Compliance Department, 5600 Brainerd Rd, Suite A-4, Chattanooga, TN 37411.
- A. Es nuestro deseo atender a sus preocupaciones inmediatamente.
- B. Si por alguna razón siente que sus preocupaciones no han sido atendidas a su satisfacción, puede enviar su queja por escrito a: Region IV, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth Street, SW., Atlanta, GA 30303-8909. Puede hablar por teléfono al (404) 562-7886 o enviar fax al (404) 562-7881; si tiene dificultad de audición al (404) 331-2867.
- XIV. Usted no sufrirá ningún tipo de represalia de parte de CHS por levantar alguna queja o preocupación con respecto a la privacidad de su información de salud con la Secretaria de Salud y Servicios Humanos o con el Oficial de Privacidad.
- XV. Esta noticia está disponible en inglés y en español.
- XVI. Si a usted le gustaría más información o más explicación sobre nuestras prácticas de privacidad por favor envíe correo electrónico a nuestro Departamento de Cumplimiento: [compliance@cherokeehealth.com](mailto:compliance@cherokeehealth.com) o fax al número 865-934-6766 o carta a la dirección: Cherokee Health Systems, Compliance Department, 5600 Brainerd Rd, Suite A-4, Chattanooga, TN 37411.



**Cherokee Health Systems**