



La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) exige a Chiricahua Community Health Centers, Inc. (CCHCI) proteger la privacidad y seguridad de tu información y se aplica a todos los registros médicos de CCHCI. Si recibes servicios de trastornos por consumo de sustancias a través del Programa(s) Parte 2 (Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias, Tratamiento Asistido con Medicamentos) por parte de CCHCI, las regulaciones federales en 42 CFR Parte 2 otorgan protecciones adicionales de privacidad para esos registros (Registros de la Parte 2).

**Este aviso describe:**

- **Cómo puede CCHCI utilizar y compartir tu registro médico, incluyendo cualquier registro de la Parte 2;**
- **Cómo puedes acceder a tu registro médico de CCHCI, incluyendo cualquier registro de la Parte 2; y**
- **Cómo presentar una queja relacionada con una violación de la privacidad, seguridad o tus derechos respecto a tu registro médico de CCHCI, incluyendo cualquier registro de la Parte 2.**

**Por favor, revise este aviso detenidamente. Tiene derecho a obtener una copia de este aviso en papel o en formato electrónico y a discutirlo con el Responsable de Privacidad de HIPAA de CCHCI llamando al número 520-515-8677 o enviando un correo electrónico a [risk\\_compliance@cchci.org](mailto:risk_compliance@cchci.org) si tiene alguna pregunta.**

**COMPRENDIENDO TU HISTORIAL MÉDICO**

Cuando recibes atención o servicios de CCHCI, registramos información sobre tu visita, incluyendo tus síntomas, examen, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento, planes de atención o tratamiento futuro, detalles de pago y seguro médico, y otra información. Esta documentación se denomina en este aviso como su Registro Médico de CCHCI.

**TUS DERECHOS**

En lo que respecta a tu información de salud, tienes ciertos derechos. Esta sección explica tus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

**Obtén una copia electrónica o impresa de tu registro médico CCHCI**

- La forma más rápida de obtener una copia electrónica de la información de tu registro médico CCHCI es iniciando sesión en tu cuenta del Portal del Paciente y consultando la sección "Mi historial". Para recibir ayuda con el Portal del Paciente, por favor contacte con CCHCI en el 520-364-1429. Eres responsable de mantener la confidencialidad de tu cuenta y contraseña del portal, así como de restringir el acceso a

tu cuenta, y aceptas asumir la responsabilidad de todas las actividades que ocurran bajo tu cuenta del portal. La Política de Privacidad del portal está disponible para su revisión en el Portal del Paciente.

- También puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de la información de su historial médico de CCHCI contactando con CCHCI a través de la línea telefónica principal en el 520-364-1429. Proporcionaremos una copia o un resumen de tu historial médico CCHCI, normalmente dentro de los 30 días siguientes a tu solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

**Pídenos que corrijamos la información de tu historial médico CCHCI**

- Puedes pedirnos que corrijamos información sobre ti que consideres incorrecta o incompleta. Contacta a CCHCI para más información.
- Puede que digamos "no" a tu petición, pero te lo explicaremos por escrito en un plazo máximo de 60 días.

**Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puedes pedirnos que te contactemos de una forma específica (por ejemplo, teléfono fijo u oficina) o que envíemos correo a otra dirección.
- Diremos "sí" a todas las peticiones razonables.

**Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos cierta información para tratamiento, pago o operaciones, incluidos los Registros de la Parte 2 compartidos con su consentimiento previo por escrito para fines de tratamiento, pago y operaciones de salud. No estamos obligados a aceptar tu solicitud, y podemos decir "no" si eso afecta a tu atención.
- Si pagas de tu bolsillo un servicio o artículo de salud en su totalidad, puedes pedirnos que no compartamos esa información, incluidos los Registros de la Parte 2, con el fin de pagar o de nuestras operaciones con tu aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos



que una ley nos obligue a compartir esa información.

### Obtén una lista de quienes hemos compartido información

- Puedes pedir una lista (contabilizando) de las veces que hemos compartido tu información, con quién la compartimos y por qué. Para tu registro médico CCHCI, puedes solicitar hasta 7 años de contenido. Para cualquier Registro de la Parte 2, puedes solicitar 3 años de divulgaciones para los Registros de la Parte 2.
- Incluiremos toda la información excepto las relacionadas con tratamiento, pagos y operaciones de salud, así como otra información (como las que nos pida que hagamos). Ofrecemos una recuento al año de forma gratuita, pero puede que cobremos una tarifa razonable basada en costes si pides otra en 12 meses.
- Si has consentido la divulgación de tus Registros de la Parte 2 a un intermediario, puedes pedirnos una lista de divulgaciones de los 3 años anteriores.

### Consigue una copia de este aviso

- Puedes solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si has aceptado recibirlo electrónicamente. Te proporcionaremos una copia en papel de forma rápida.

### Comenta este aviso

- Tiene derecho a consultar este aviso con el Responsable de Privacidad de HIPAA de CCHCI llamando al 520-515-8677 o enviando un correo electrónico a [risk\\_compliance@cchci.org](mailto:risk_compliance@cchci.org).

### Optar por no recaudar fondos

- No utilizamos información de los Registros Médicos de CCHCI con fines de recaudación de fondos.

### Elige a alguien que actúe por ti

- Si le das a alguien un poder notarial médico o si alguien es tu tutor legal, esa persona puede ejercer tus derechos y tomar decisiones sobre tu registro médico CCHCI, incluidos los registros de la Parte 2.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre antes de actuar.

### Presenta una queja si sientes que se han violado tus derechos

- Si crees que hemos violado tus derechos o tienes preguntas, por favor contacta con nuestra Línea Directa de Cumplimiento Normativo ella teléfono 1-520-515-8677. Nos tomamos en serio la privacidad de tu información y responderemos a tus preocupaciones y preguntas lo antes posible.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra ti por presentar una queja.

### TUS ELECCIONES

Para cierta información, puedes compartir con nosotros tu preferencia sobre lo que podemos compartir. Si tienes una preferencia clara sobre cómo compartimos tu información en

## Aviso de Prácticas de Privacidad del

las situaciones descritas a continuación, dinos qué quieres que hagamos y seguiremos tus instrucciones.

En estos casos, tienes tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con tu familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en tu cuidado.
- Compartamos información en una situación de ayuda en desastres.

Si no puedes decirnos tu preferencia, por ejemplo, si estás inconsciente, podemos compartir tu información si creemos que es lo mejor para ti. También podemos compartir tu información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, no compartiremos tu información a menos que nos des permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de tu información

En el caso de la recaudación de fondos:

- No utilizamos información de los Registros Médicos de CCHCI con fines de recaudación de fondos.



## Aviso de Prácticas de Privacidad del

### NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

#### TÍPICAS

CCHCI puede utilizar o compartir información en tu historial médico de CCHCI de las siguientes maneras:

**Tratamiento:** Podemos utilizar la información de tu historial médico CCHCI para ofrecerte atención y compartirla con otros profesionales que te están tratando. Por ejemplo, un proveedor de salud de CCHCI puede compartir tu historial de prescripciones con el hospital donde te vas a operar. Un proveedor de salud de CCHCI también puede compartir información sobre la prescripción o dispensación de sustancias controladas a un programa de control de medicamentos con receta.

Para cualquier registro de la Parte 2:

- Debes firmar un formulario de consentimiento que permita a CCHCI compartir los Registros de la Parte 2, salvo que se aplique una excepción. Por ejemplo, si tu historial de recetas incluye medicamentos recetados o dispensados por los Programas de la Parte 2 de CCHCI, debes firmar un formulario de consentimiento para que CCHCI comparta tu historial de recetas con el hospital donde te vas a operar o con un programa de control de medicamentos recetados, si la ley estatal lo requiere.
- Puede firmar un único formulario de consentimiento para todos los usos futuros y divulgaciones de sus Registros de la Parte 2 para tratamiento, pago y operaciones sanitarias.
- En una emergencia médica legítima, podemos compartir los Registros de la Parte 2 si: (1) no podemos obtener tu consentimiento o (2) si una

autoridad estatal o federal declara un estado de emergencia temporal debido a un desastre natural o mayor y nuestros Programas de la Parte 2 están cerrados y no pueden prestar servicios ni obtener tu consentimiento.

**Pago:** Podemos utilizar y compartir información en tu Registro Médico CCHCI para facturar y recibir pagos de planes de salud y otras entidades. Por ejemplo, podemos enviar una factura a tu compañía de seguros de salud que incluya tu diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

Para cualquier Registro de la Parte 2, debe firmar un formulario de consentimiento que permita a CCHCI compartir sus registros de la Parte 2, salvo que se aplique una excepción. Puedes firmar un único formulario de consentimiento para todos los usos y divulgaciones futuras de tus Registros de la Parte 2 para fines de pago.

**Operaciones de atención de salud:** Podemos utilizar o compartir información en su registro médico CCHCI para gestionar nuestra organización, mejorar la atención que ofrecemos y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, podemos enviarte recordatorios de citas y nuestro equipo clínico puede revisar la atención que recibiste y evaluar los resultados en tu caso y en casos similares.

Para cualquier Registro de la Parte 2, debe firmar un formulario de consentimiento que permita a CCHCI compartir sus registros de la Parte 2, salvo que se aplique una excepción. Puedes firmar un único formulario de consentimiento para todos los usos y

divulgaciones futuras de tus Registros de la Parte 2 para fines de operaciones sanitarias.

#### **Consentimiento para usar y divulgar registros de la Parte 2 para tratamiento, pago y operaciones sanitarias:**

- Si firmas un único formulario de consentimiento que permita a CCHCI utilizar y compartir tus Registros de la Parte 2 para todos los futuros tratamientos, pagos y operaciones sanitarias, el destinatario podrá revelar además tus Registros de la Parte 2 consistentes con el consentimiento.
- Si firmas un formulario de consentimiento que permite a CCHCI divulgar tus Registros de la Parte 2 para tratamiento, pago y operaciones sanitarias a una entidad cubierta (como otro proveedor de atención de salud) o a su socio comercial (como un proveedor de salud), el destinatario podrá compartir tus Registros de la Parte 2 según lo permita HIPAA, excepto para usos o compartición en casos civiles, procedimientos penales, administrativos y legislativos contra ti.

### OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Se nos permite o está obligado a compartir información en tu Registro Médico CCHCI de otras maneras, generalmente de formas que contribuyan al bien público, incluyendo:

#### **Cuestiones de Salud y Seguridad Pública:**

Podemos compartir información de tu historial médico CCHCI en determinadas situaciones como:

- Prevenir enfermedades.



## Aviso de Prácticas de Privacidad del

- Ayudando con la retirada de productos.
- Informar de reacciones adversas a los medicamentos.
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o seguridad de cualquiera.

Para cualquier registro de la Parte 2:

- Para fines de salud pública, podemos divulgar los Registros de la Parte 2 sin el consentimiento del paciente si: (1) la divulgación se realiza a una autoridad de salud pública y (2) la información del expediente ha sido des identificada como registro de la Parte 2.
- Si el personal médico de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) alega motivos para creer que la salud de una persona podría estar amenazada por un error en la fabricación, etiquetado o venta de un producto bajo jurisdicción de la FDA, podemos divulgar los Registros de la Parte 2 con el único propósito de notificar a los pacientes o a sus médicos.

**Investigación:** Podemos utilizar o compartir información de tu registro médico CCHCI, incluidos los registros de la Parte 2, para investigación sanitaria.

### Cumplimiento de la ley:

Compartiremos información de tu registro médico CCHCI si las leyes estatales o federales lo requieren. Compartiremos información de tu registro médico CCHCI, incluidos tus registros de la Parte 2, con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si nos requiere comprobar

que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

**Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos:** Podemos compartir información de tu historial médico CCHCI con organizaciones de donación de órganos.

**Trabajar con un forense o director funerario:** Podemos compartir información de tu historial médico CCHCI con un forense, forense o director funerario cuando una persona fallece.

Para cualquier Registro de la Parte 2, podemos compartir información de tus Registros de la Parte 2 relacionada con la causa de la muerte si la ley exige informar sobre la causa de la muerte o estadísticas vitales o permite investigar la causa de la muerte.

**Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales:** Podemos utilizar o compartir información de tu historial médico CCHCI:

- Para reclamaciones de seguros para compensación laboral
- Para fines policiales o con un funcionario del orden publico
- Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

Para cualquier registro de la Parte 2:

- Podemos compartir cierta información de tus Registros de la Parte 2 con las fuerzas del orden si se comete un delito en el marco de nuestros Programas de la Parte 2 o contra miembros del

personal del Programa de la Parte 2.

- Podemos denunciar sospechas de abuso y negligencia infantil a las autoridades estatales o locales correspondientes, según lo requiera la ley.
- Podemos compartir los Registros de la Parte 2 para auditorías o evaluaciones en nombre de determinadas agencias gubernamentales, proveedores externos o planes de salud, u organizaciones de mejora de la calidad. También podemos compartir los Registros de la Parte 2 con dichos auditores si firmas un consentimiento que nos permite compartir los Registros de la Parte 2 para operaciones sanitarias.

**Respuesta a demandas y acciones legales:** Podemos compartir información de tu registro médico de CCHCI en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Para cualquier registro de la Parte 2:

- Parte 2 Los registros, o testimonios que transmitan el contenido de dichos registros, no serán utilizados ni divulgados en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo contra usted salvo que se basen en un consentimiento escrito específico o una orden judicial;
- Parte 2 Los registros solo deben ser utilizados o divulgados en base a una orden judicial tras notificación y se le brinde la oportunidad de ser escuchados a usted o al titular del registro, cuando lo requieran 42 U.S.C. 290dd-2 y 42 CFR Parte 2; y
- Una orden judicial que autorice el uso o divulgación debe ir acompañada de una citación u



otro mandato legal similar que obligue a divulgar antes de que se utilice o divulgue el Registro de la Parte 2.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- Por ley estamos obligados a mantener la privacidad y seguridad de tu información.
- Te informaremos de inmediato si una brecha compromete la privacidad o seguridad de tu información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos información de su Registro Médico CCHCI, incluidos los registros de la Parte 2, salvo lo descrito en este aviso, a menos que usted consienta por escrito. Puedes cambiar de opinión en cualquier momento. Para revocar (retirar) tu consentimiento, presenta una solicitud por escrito a CCHCI al correo electrónico CCHCI@cchci.org. Si revocas (retiras) tu consentimiento, no afectará ninguna información que hayamos compartido con tu permiso previo.

### **CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO**

- Podemos modificar este aviso y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información que mantengamos. Publicaremos el aviso actualizado en la zona de recepción y en nuestra web [www.cchci.org](http://www.cchci.org). También puede solicitar una copia en papel del aviso actualizado.

### **AVISO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD**

CCHCI participa en Health Current, un intercambio de información de salud (HIE por sus siglas en inglés). CCHCI comparte y recibe información con tus otros proveedores sanitarios a través de Health Current HIE para fines de tratamiento, pago y operaciones de salud cuando los pacientes optan por participar en el intercambio. No se requiere consentimiento para compartir información en tu historial médico CCHCI, a menos que tu expediente incluya los Registros de la Parte 2. Si no desea que CCHCI comparta su información a través de Health Current HIE, por favor contacte con CCHCI en el 520-364-1429 para optar por NO participar en el intercambio. Si impides que CCHCI comparta información con Health Current HIE, CCHCI puede seguir recibiendo información de salud de tus otros proveedores sanitarios, a menos que también impidas que cada uno de ellos comparta información con Health Current HIE.

### **FECHA DE VIGENCIA**

Este aviso entra en vigor a partir del 16 de febrero de 2026.