

# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES



**Your Information. Your Rights. Our Responsibilities.**

Privacy Officer  
Baltimore Medical System  
3501 Sinclair Lane  
Baltimore, MD 21213

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information . **Please review it carefully.**

---

When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and our responsibilities.

## Your Rights

- **Get a copy of your health and claims records:**

- You can ask to see or obtain an electronic or paper copy of your medical records. Ask us how to do this.
- We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 14 days of your request.
- We may charge a reasonable, cost-based fee.

- **Ask us to correct your medical record:**

- You can ask us to correct your health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
- We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days of your request.

- **Request confidential communication:**

- You can ask us to contact you in a specific way (such as, home or office phone) or to send mail to a different address.
- We will consider all reasonable requests, and must say “yes” if you tell us you would be in danger if we do not.

- **Ask us to limit the information we share**

- You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations.
- We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.
- We have chosen to participate in the Chesapeake Regional Information System for our patients, Inc. (CRISP), a statewide health information exchange. As permitted by law, your health information will be shared with this exchange in order to provide faster access, better coordination of care and assist providers and public health officials in making more informed decisions. You may “opt-out” and disable all access to your health information available through CRISP by calling 1-877-952-7477 or completing and submitting an Opt-Out form to CRISP by mail, fax or through their website at [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org).

- **Get a list of those with whom we’ve shared your information:**

- You can ask for a list (accounting) of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why.
- We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

- **Get a copy of this privacy notice:**

- You can ask for a paper copy of this notice at any time. We will provide you with a paper copy promptly.

- **Choose someone to act for you:**

- If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

- **File a complaint if you believe your privacy rights have been violated:**

- You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on page 1.
- You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).
- We will not retaliate against you for filing a complaint.

---

## Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Changes to the Terms of this Notice:** We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available on our web site. Upon request, we will give or mail a copy to you.

## Your Choices

**For certain health information, you can tell us your choices about what we share.** If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

- **In these cases, you have both the right and choice to tell us to:**

- Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care
- Share information in a disaster relief situation
- Contact you for fundraising efforts

*If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*

- **In these cases we never share your information unless you give us written permission:**

- Marketing purposes
- Sale of your information
- Most sharing of psychotherapy notes

- **In the case of fundraising:**

- We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

---

## Our Uses and Disclosures

**How do we typically use or share your health information?** We typically use or share your health information in the following ways.

- **Treat you:**

- We can use your health information and share it with professionals who are treating you.

**Example:** A doctor sends us information about your diagnosis and treatment plan so we can arrange additional services

- **Run our organization:**

- We can use and share your information to run our organization, improve your care, and contact you when necessary.

**Example:** We use health information about you to manage your treatment and services.

- **Bill for your health services:**

- We can use and disclose your health information as we pay for your health services.

**Example:** We share information about you with your dental plan to coordinate payment for your dental work.

---

**How else can we use or share your health information?** We are allowed or required to share your information in other ways-usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes.

For more information see: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

- **Help with public health and safety issues:**

- We can share health information about you for certain situations such as:

- Preventing disease
- Helping with product recalls
- Reporting adverse reactions to medications
- Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
- Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety

- **Do research**

- We can use or share your information for health research.

- **Comply with the law**

- We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.

- **Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director-**

- We can share health information about you with organ procurement organizations.

- We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

- **Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests**

- We can use or share health information about you:

- **For workers' compensation claims**
- For law enforcement purposes or with a law enforcement official
- With health oversight agencies for activities authorized by law
- For special government functions such as military, national security, and presidential protective service

- **Respond to lawsuits and legal actions**

- We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



Funcionario responsable de privacidad  
Baltimore Medical System  
3501 Sinclair Lane  
Baltimore, MD 21213  
410-732-8800

## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información de salud y cómo puede obtener acceso a esta información. **Léalo con atención.**

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y nuestras responsabilidades.

### Sus derechos

- **Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos:**
  - Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de sus registros médicos. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - Le entregaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente, en un plazo de 14 días a partir de su solicitud.
  - Puede que le cobremos un cargo razonable, según los costos.
- **Solicitar que corrijamos sus registros médicos:**
  - Puede solicitar que corrijamos su información de salud que considere que es incorrecta o que está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - Podemos rechazar esta solicitud; no obstante, de ser así, se lo explicaremos por escrito en un plazo de 60 días a partir de su solicitud.
- **Solicitar comunicación confidencial:**
  - Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (como por teléfono a su hogar u oficina) o que nos comuniquemos por correo postal a una dirección diferente.
  - Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptar su solicitud si explica que correría peligro, si no lo hacemos.
- **Pedirnos que limitemos la información que compartimos:**
  - Puede pedirnos que no usemos ni compartamos determinada información de salud que incluya tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
  - No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si esto afecta su atención.
  - Hemos decidido participar en *Chesapeake Regional Information System for our patients, Inc. (CRISP)*, un sistema de intercambio de información de salud a nivel estatal. Según lo permita la ley, su información de salud se compartirá con este sistema de intercambio a fin de brindar un acceso más rápido a dicha información, favorecer una mejor coordinación de atención y asistir a proveedores y funcionarios de salud pública para que se tomen decisiones más informadas. Puede darse de baja de este sistema e inhabilitar todo acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477, o bien, complete un formulario de baja y envíelo de regreso a CRISP por correo postal, fax o a través del sitio web en [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org).
- **Obtener una lista de los destinatarios con quienes hemos compartido su información:**
  - Puede solicitar una lista (resumen de divulgaciones) de las ocasiones en que hemos compartido su información de salud durante un período de seis años antes de la fecha de su solicitud, de las personas con las que compartimos esta información y los motivos.
  - Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera que nos haya solicitado que realicemos). Le brindaremos un informe de divulgaciones por año de forma gratuita, pero le cobraremos un cargo razonable según los costos si nos solicita que le proporcionemos otro resumen dentro de un plazo de 12 meses.
- **Obtener una copia de este aviso de privacidad:**
  - Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Le daremos una copia impresa de forma oportuna.
- **Elegir a alguien para que actúe en su nombre:**
  - Si le ha dado a otra persona un poder notarial médico o si una persona actúa como su representante legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
  - Nos aseguraremos de que esta persona cuente con esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de decidir una medida.
- **Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad:**
  - Si cree que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose a través de la información de contacto que figura en la primera página.
  - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para ello, envíe su correspondencia a *200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201*, llame al 1-877-696-6775 o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).
  - Si presenta una queja, no tomaremos ninguna represalia en su contra.

### Nuestras responsabilidades

- Por ley, debemos mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de forma oportuna si se produce algún incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra forma que no sea la descrita en este aviso, a menos que usted lo autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Comuníquenos por escrito si cambia de parecer.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Cambios a los términos de este aviso:** Podemos cambiar los términos de este aviso, y dichos cambios regirán para toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible en nuestro sitio web. Si lo solicita, le entregaremos una copia o se la enviaremos por correo postal.

### Sus elecciones

Para cierta información de salud, usted puede informarnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, infórmenos al respecto. Indíquenos qué desea que hagamos; nosotros seguiremos sus indicaciones.

- **En estos casos, usted tiene el derecho y puede elegir solicitarnos lo siguiente:**
  - Que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participen en el pago de su atención.
  - Que compartamos información ante una situación de socorro tras una catástrofe.
  - Que nos comuniquemos con usted en caso de iniciativas para la recaudación de fondos.

*Si no puede indicar sus preferencias, por ejemplo, si no está consciente, podemos proseguir y compartir su información si creemos que será lo más conveniente para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir el impacto de una amenaza grave o inminente para su salud o seguridad.*
- **En los siguientes casos, nunca compartimos su información, a menos que nos dé su permiso por escrito:**
  - Con fines de marketing
  - Para la venta de su información
  - Intercambios más habituales de notas de psicoterapia
- **En caso de recaudación de fondos:**
  - Podemos comunicarnos con usted por motivos de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no volvamos a hacerlo.

---

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo usamos o compartimos su información de salud habitualmente?

Habitualmente, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

- **Para brindarle tratamiento:**
  - Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que le brindan tratamiento.

**Por ejemplo:** Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento de modo que podamos organizar el suministro de servicios adicionales.
- **Para desempeñar las actividades de nuestra organización:**
  - Podemos usar y compartir su información para desempeñar las actividades de nuestra organización, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Por ejemplo:** Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y los servicios que recibe.
- **Para facturar sus servicios de salud:**
  - Podemos usar y divulgar su información de salud cuando pagamos por los servicios de salud que recibe.

**Por ejemplo:** Compartimos su información con su plan dental para coordinar los pagos de los tratamientos dentales que se le realicen.

---

### ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, generalmente, de modo que contribuyan al bien común, como en pos de la salud pública y la investigación. Debemos reunir varias condiciones en virtud de la ley para poder compartir su información con estos fines.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

- **Contribuir con la salud pública y los asuntos de seguridad:**

Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones como las siguientes:

  - Prevenir enfermedades
  - Ayudar a retirar un producto del mercado
  - Notificar sobre reacciones adversas a medicamentos
  - Informar sospechas de maltrato, abandono o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir el impacto de una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona
- **Hacer investigaciones**
  - Podemos usar o compartir su información con fines de investigación médica.
- **Cumplir con la ley**
  - Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluidos el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si este desea consultar si estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.
- **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con médicos legistas o directores de servicios funerarios**
  - Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
  - Podemos compartir información de salud con médicos forenses, médicos legistas o directores de servicios funerarios tras el fallecimiento de una persona.
- **Abordar solicitudes de indemnizaciones para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno**
  - Podemos usar o compartir información de salud sobre usted en los siguientes casos:
    - **Para los reclamos de indemnizaciones para trabajadores**
      - Para los fines de hacer cumplir la ley o ante un oficial representante de la justicia
      - Con organismos de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley
      - Para funciones gubernamentales especiales como el ejército militar, la seguridad nacional y el servicio de protección presidencial
- **Responder a juicios y acciones legales**
  - Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o bien, en respuesta a una citación judicial.