

MANNA  
Metropolitan Area Neighborhood Nutrition Alliance

420 North 20th Street, Philadelphia, PA 19130  
www.mannapa.org  
Oficial de privacidad: Nicole Laverty  
Correo electrónico: privacy@mannapa.org  
Tel: 215-496-2662 x135

---

## **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revíselo cuidadosamente.**

### **Sus Derechos**

**Cuando se trata de la información sobre su propia salud, tiene derechos específicos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarse.

#### **Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro médico.**

- Puede pedir una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información sobre su salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Vamos a darle una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo.

#### **Pídanos que corrijamos su registro médico**

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que es incorrecta o está incompleta.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué, por escrito, dentro de los 60 días.

#### **Solicite comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted por una manera específica (por ejemplo: teléfono de su casa o oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

### **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que **no** usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago, o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si afectaría su atención.

### **Obtenga una liste de aquellos con quienes hemes compartido información**

- Puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, a excepción de las sobre el tratamiento, el pago, y las operaciones de atención médica, y ciertas otras (como las que nos solicitó).

### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel inmediatamente.

### **Elige a alguien para que actúe por usted**

- Si le ha dado a alguien el poder médico o si alguien es su guardián 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 por usted antes de tomar cualquier medida.

### **Presente una queja si siente como sus derechos han sido violados.**

- Puede comunicándose con nosotros y presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos, con la información de la página 1 de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Envíe una carta 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/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Sus opciones

**Para cierta información de salud, puede decirnos sus selecciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

### **En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:**

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartir información en una situación de socorro en casos de desastre.
- Incluir su información en el directorio de un hospital.
- Contactarlo para los esfuerzos de recaudación de fondos.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

### **En estos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:**

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia.

### **En el caso de la recaudación de fondos:**

- Podemos contactarlo para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

## Nuestros usos y divulgaciones

**¿Cómo usamos o compartimos típicamente su información de salud?** Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

### **Tratarle**

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

**Ejemplo:** *Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.*

## Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra organización, mejorar su atención, y contactarle cuando sea necesario.

*Ejemplo:* Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

## Facturar por sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo:* Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

**¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?** Estamos autorizados o obligados a compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos usos.

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

## Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

- Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, como:
  - La prevención de enfermedades
  - Ayudar con el retiro de productos
  - Informar reacciones adversas a medicamentos
  - Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

## Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

## Cumplir con ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

## **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de obtención de órganos..

## **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

- Podemos compartir información de salud con un forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona muere.

## **Abordar las solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
  - Para pagos de compensación laboral
  - Para el uso del cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley
  - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
  - Para funciones especiales del gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

## **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

*MANNA participa con una o más redes seguras de organización de información de salud ("SIO", o HIO en inglés), lo que hace posible que MANNA comparta su información de salud electrónicamente a través de una red segura conectada. MANNA puede compartir o divulgar su información de salud para proteger las HIO, incluidas las HIO contratadas con el Estado de Pennsylvania y las HIO en otros estados.*

*Otros proveedores de atención médica, incluidos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención médica, que también están conectados a la misma red HIO que MANNA, pueden acceder a su información de salud para tratamiento, pago y otros fines autorizados, en la medida permitida por la ley.*

*Tiene derecho a optar por no participar o rechazar participar para que MANNA comparta su información de salud a través de HIO en red. Si decide optar por no compartir datos, a través de una solicitud verbal o escrita, MANNA ya no compartirá su información de salud a través de una red HIO.*

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información..
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia del mismo.

- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información:

[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, los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

***Efectiva el 1 de enero, 2019***

**Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones:**

MANNA

420 North 20th Street, Philadelphia, PA 19130

Tel: 215-496-2662 x5

[www.mannapa.org](http://www.mannapa.org)

---

Oficial de privacidad: Nicole Laverty

Correo electrónico: [nlaverty@mannapa.org](mailto:nlaverty@mannapa.org)

Tel: 215-496-2662 x135