



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (“Aviso”)

Fecha de entrada en vigor: 4 De febrero de 2026

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED
Y CÓMO USTED PUEDE CONSULTAR A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.**

Este aviso se aplica a toda la información sobre la atención médica que reciba de Henry Ford Health, incluyendo nuestras filiales, según se describe en el presente documento.

NUESTRO COMPROMISO CON LA PRIVACIDAD

Usted confió a Henry Ford Health (HFH) la responsabilidad de dar atención médica a usted y a su familia. Nos comprometemos a mantener su confianza. Sabemos que la privacidad de su información médica es importante para usted. Por eso, nos tomamos muy en serio nuestra responsabilidad de proteger la privacidad de su información médica.

Este aviso describe cómo protegemos su privacidad mientras le prestamos servicios. Describe la información médica que recogemos sobre usted, cómo la usamos y con quién la compartimos. Este aviso también explica sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la revelación de su información médica.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) de 1996 es una ley federal que protege la privacidad y la seguridad de la información médica, también conocida como información médica protegida (PHI). También hay otras leyes y reglamentaciones federales y estatales de Michigan que exigen que la información médica se mantenga privada y segura.

La HIPAA exige que nos aseguremos de que la información médica que lo identifique se mantenga privada, que le demos este aviso que explica sus derechos, así como nuestras obligaciones y prácticas de privacidad sobre su información médica; y que cumplamos los términos del aviso que está vigente actualmente.

QUIÉN CUMPLIRÁ ESTE AVISO

HFH trabaja con sus afiliados, subsidiarios y otros proveedores y organizaciones de atención médica (miembros) para dar tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y participar conjuntamente en diversas actividades de mejora de la calidad, manejo de la salud de la población y evaluaciones multipartidarias como parte de un acuerdo de atención médica organizada (OHCA). Este Aviso es para todos los miembros de OHCA o subsidiarias de HFH Covered Entity (en adelante, llamadas “HFH”) que trabajan con varios proveedores y centros, y a la división de seguros de HFH y sus afiliados, para lograr muchos objetivos, incluyendo mejorar la calidad y la eficiencia de la atención médica y participar en varios programas de medición de calidad. Tenga en cuenta que su médico particular puede tener avisos y políticas diferentes sobre el uso y la revelación de la información médica creada en su consultorio o clínica.

Las entidades relacionadas con HFH pueden ser organizaciones legales independientes que pueden usar y revelar información médica protegida (PHI) entre ellas para alcanzar el objetivo conjunto de darle atención, tratamiento y servicios excelentes, obtener el pago por esos servicios y hacer operaciones de atención médica relacionadas con nuestro objetivo conjunto, a menos que el uso o la revelación no estén permitidos por la ley.

Además, HFH puede contratar a otros terceros de confianza (socios comerciales) para ayudar a dar tratamiento, obtener pagos o hacer actividades operativas de atención médica. Cuando esto ocurre, el HFH debe establecer un acuerdo de socio comercial (BAA) con el socio comercial, que exija que dicho socio comercial limite el uso o la revelación de su PHI solo para los propósitos permitidos según la ley estatal o federal, y le obliga a que proteja la privacidad y seguridad de su PHI en todo momento.

CAMBIOS EN NUESTRO AVISO

Es posible que modifiquemos nuestro aviso de vez en cuando. Los cambios se aplicarán a toda la información médica que tengamos de usted en el momento de la modificación y a toda la información médica que conservemos de usted en el futuro. Normalmente, los cambios entrarán en vigor cuando aparezcan en un aviso modificado. Se publicará una copia de nuestro aviso vigente en nuestros centros y estará disponible para todos los pacientes.

CÓMO USAMOS Y REVELAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA

Cada vez que reciba servicios de un hospital, un médico u otro proveedor de atención médica de HFH, se crea un expediente de su visita. Por lo general, este expediente contiene sus síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, notas del caso clínico, imágenes médicas, tratamiento y un plan de atención o tratamiento futuros. Usaremos la PHI para darle tratamiento o servicios médicos y revelaremos su información médica pertinente sobre usted a otras personas que le den atención médica o tratamientos y operaciones relacionados.

Esta información se conoce a menudo como su expediente médico o historia clínica designado y se usa para fines esenciales, como para darle atención, procesar el pago de los servicios y apoyar nuestras operaciones comerciales. El uso y la revelación de su información médica para los fines descritos en este aviso pueden hacerse por escrito, oralmente, por medios electrónicos o por fax.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener información de su expediente médico designado o del de su representante, comuníquese con HFH Medical Records por correo electrónico a HFHSMedicalRecords@hfhs.org o por teléfono al (313) 916-4540. Cuando responda a solicitudes de acceso o copias, HFH puede denegar las solicitudes de información que no sean parte del expediente médico designado. HFH no facilitará datos fuera de este registro ni creará nueva información que no exista ya en el conjunto de registros designado.

El uso y la revelación de su información médica debe cumplir las reglamentaciones de las leyes de privacidad federales y de Michigan. También hay leyes y reglamentaciones federales y de Michigan que imponen otras restricciones sobre el uso y la revelación de ciertos tipos de información médica, incluyendo la información médica sobre salud mental, abuso de sustancias, menores, condiciones de VIH/SIDA y cierta información genética. Vea abajo la sección Tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

Por ejemplo, en la mayoría de los casos se necesita su consentimiento por escrito antes de usar o revelar las notas de psicoterapia (si nosotros las registramos o conservamos), documentos relacionados con el uso de cualquier medicamento usados para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (por ejemplo, Suboxone), información de marketing sobre productos o servicios de terceros por los que recibimos un pago directo o indirecto, o para la venta de su información médica, a menos que la ley lo permita. Su consentimiento puede revocarse por escrito, pero no se aplicará a ningún uso o revelación que se haya hecho antes de su revocación.

La ley nos permite o nos obliga a usar o revelar su PHI por varios motivos, que explicamos en este Aviso. Incluimos algunos ejemplos, pero no mencionamos todos los usos o revelaciones permitidos. Cuando usemos o revelemos su PHI o la solicitemos a otra fuente, haremos todo lo posible por limitar el uso, la revelación o la solicitud de su PHI a lo mínimo necesario para lograr nuestro objetivo. La PHI que la ley nos permite o nos obliga a revelar la pueden compartir después los destinatarios y deja de estar protegida por la ley o por las garantías y restricciones vigentes cuando está en nuestro poder. Para obtener más información de los usos y revelaciones permitidos, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Es posible que usemos tecnologías de inteligencia artificial (IA) para ayudarlo con su atención y apoyar varias operaciones de atención médica. Estas herramientas pueden ayudar a guiar a nuestros equipos en su atención y servicios, incluyendo el apoyo a la toma de decisiones clínicas, la programación, el monitoreo y otras funciones que respaldan la calidad, la seguridad y la prestación de su atención. Las herramientas de IA pueden darle recomendaciones y apoyo relacionados con su atención médica, pero las decisiones clínicas finales sobre su tratamiento siguen siendo responsabilidad de su proveedor de atención médica. Las herramientas de IA que usamos ahora y en el futuro también pueden analizar su información médica para ayudar a nuestros equipos a darle atención médica oportuna, precisa y efectiva. Estas herramientas se usan según las leyes y reglamentaciones aplicables, y se usan de acuerdo con los requisitos de seguridad, privacidad y otros requisitos reglamentarios y legales.

USO Y REVELACIONES GENERALES QUE NO NECESITAN UN CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Según lo permitido por la HIPAA, normalmente podemos usar o revelar su información médica sin necesidad de obtener su consentimiento previo por escrito para las actividades que se detallan abajo:

Tratamiento: Podemos usar y revelar su información médica para darle atención médica y cualquier servicio relacionado en nuestros centros o en casa. También podemos compartir su información médica con otros que lo atienden, como hospitales, hospicios, centros de atención residencial, médicos, enfermeros, asistentes médicos, residentes, estudiantes de medicina y enfermería, terapeutas, técnicos, proveedores de atención espiritual, personal de nutrición, voluntarios, proveedores de servicios de emergencia y transporte, proveedores de equipo médico, farmacias y otras partes que participen en su atención, que pueden no estar mencionadas. Además, los diferentes departamentos de los hospitales pueden usar o revelar su información médica para ayudarlo a surtir sus recetas, pedir análisis de laboratorio y radiografías u otras necesidades médicas que pueden no estar mencionadas.

Pagos: Podemos usar y revelar su información médica según sea necesario para recibir pagos por la atención médica que le demos o para ayudar a que las personas que lo atiendan reciban pagos por esa atención. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con una compañía de facturación o con su plan de seguro médico para obtener aprobación previa para su atención o para asegurarnos de que su plan cubra su atención. Usted tiene derecho a pedir que no se revele información a su compañía de seguros o a un tercer pagador si presenta, con antelación, una solicitud por escrito sobre un tratamiento o servicio específicos y paga la totalidad de los servicios antes de que le demos el tratamiento o servicio específico en cualquiera de nuestros centros.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o revelar su información médica para nuestras actividades de control de calidad y según sea necesario para el funcionamiento de nuestros centros de atención médica. También podríamos usar o revelar su información médica para obtener servicios legales, de auditoría, de contabilidad y de otro tipo, y para fines educativos, de manejo comercial y de planificación. Podemos usar su información médica en combinación con la de otros pacientes para comparar nuestros esfuerzos y saber dónde podemos mejorar nuestra atención y nuestros servicios. Podemos revelar su información médica a empresas y personas que presten servicios por nosotros, si aceptan proteger la privacidad de esa información.

OTROS USOS Y REVELACIONES QUE NO NECESITAN UN CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Según lo permitido por la HIPAA, podemos usar o revelar su información médica sin necesidad de obtener su consentimiento previo por escrito para las actividades que se mencionan abajo:

Recordatorios de citas y otras comunicaciones: Podemos usar su información médica para avisarle sobre próximas citas, por correo habitual, mensajes de texto, correo electrónico y teléfono. También podemos darle información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención médica o beneficios que ofrecemos. Podemos comunicarnos con usted a mediante diversos métodos y podemos usar sus teléfonos (incluyendo los móviles) y las direcciones de correo electrónico que tenemos registrados para llamarlo por teléfono, enviarle correos electrónicos, mensajes de texto u otras comunicaciones relacionadas con su atención, como recordatorios de citas o chequeos, información sobre próximos eventos de evaluaciones médicas, información sobre investigaciones o para contactarlo y pedirle comentarios sobre su atención. Estos mensajes los podemos enviar mediante marcación automática o mensajes pregrabados. Usted tiene derecho a optar por no recibir estos mensajes. Si nos envía correos electrónicos o mensajes de texto sin cifrar por cualquier motivo, usted comprende que hacerlo supone un riesgo para la seguridad y acepta esos riesgos.

Encuestas: Nosotros o nuestros socios comerciales podemos usar su información médica para enviarle encuestas por correo postal, correo electrónico u otros medios de comunicación electrónicos enviados y recibidos por medio del teléfono móvil, por ejemplo, mensajes de texto. Al recibir una solicitud de encuesta, se compartirá o mostrará información mínima y se incluirá siempre una opción para no recibir futuras encuestas.

Uso de información sin identificación: Podemos usar y revelar información sin identificación, lo que significa que no incluye su nombre, dirección u otros datos personales que puedan identificarlo directamente, según lo establecido por la ley federal. Los datos sin identificación pueden usarse para fines como investigación, mejora de la calidad, análisis, capacitación de sistemas informáticos (incluyendo herramientas de IA y herramientas de aprendizaje automático) y actividades operativas. Cuando su información esté sin identificación, ya no se considera PHI según la HIPAA y no está sujeta a las mismas protecciones de privacidad.

Contacto en el centro: Mientras esté en nuestros centros, podremos llamarlo por su nombre cuando el médico u otro proveedor esté listo para verlo. Es posible que necesitemos llamarlo por los altavoces o le pidamos que escriba su nombre en una hoja de registro. En esos casos, tomaremos precauciones razonables para proteger su privacidad.

Reuniones de pacientes: Es posible que hagamos reuniones de distintos grupos de pacientes para celebrar el éxito de su tratamiento. Si usted forma o formó parte de un grupo de pacientes, podemos usar su información médica para invitarlo.

Alternativas de tratamiento, beneficios médicos, recaudación de fondos y marketing: Podemos usar y revelar su información médica para comunicarnos con usted sobre alternativas de tratamiento, beneficios médicos, productos o servicios, o para enviar regalos de valor simbólico a usted o a su familia. También podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos para Henry Ford Health o cualquiera de sus subsidiarias o afiliados.

Fotografías o videos: Se pueden tomar fotos o grabar videos durante el tratamiento, los procedimientos o por seguridad. Estas imágenes pueden usarse para tratamientos u operaciones de atención médica.

Investigación: En ciertas circunstancias, podemos usar o revelar su información médica con fines de investigación. Sin embargo, una Junta de Revisión Interna (IRB) monitoreará atentamente todos los proyectos de investigación; su trabajo es proteger a las personas (pacientes) que participen en el proyecto de investigación, incluyendo la privacidad y la seguridad de su información médica. Cada proyecto de investigación se debe aprobar mediante un proceso especial de aprobación de la IRB antes de que se revele cualquier información médica a los investigadores. Excepto en circunstancias muy limitadas, los investigadores deben obtener una autorización por escrito antes de usar o revelar su información médica para la investigación.

Los investigadores también deben asegurarse de que su información médica se mantenga privada y segura. En circunstancias limitadas, también se puede permitir que los investigadores accedan a su información médica si esto se limita a información que se consulte para prepararse para hacer una investigación (p. ej., consultar expedientes médicos de pacientes que tengan una condición específica para hacer investigaciones para encontrar una cura), si la información que se revisa se relaciona con la investigación y si ninguna parte de la información médica que se use para prepararse para la investigación sale de la institución.

Prevención de una amenaza grave a la salud y la seguridad: Podemos usar y revelar su información médica cuando corresponda para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la de otra persona.

Actividades y reportes de salud de la comunidad/pública: Podemos usar y revelar su información médica a agencias de salud pública federales, estatales o locales, en relación con el control de enfermedades, abuso o descuido, y salud y estadísticas demográficas.

Supervisión administrativa: Podemos usar y revelar su información médica en relación con actividades como acreditaciones, auditorías, investigaciones, certificaciones o determinación de la causa de muerte.

Fuerzas del orden y órdenes judiciales: Podemos revelar su información médica a agentes de las fuerzas del orden, según permita la ley, para cumplir órdenes de comparecencia, citaciones o emplazamientos que emita un representante judicial, u otras solicitudes administrativas u órdenes de investigación debidamente autorizadas. Revelaremos información médica en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, pero solo cuando lo ordene la corte o el tribunal administrativo.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional: Podemos revelar su información médica a representantes autorizados del gobierno federal para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el presidente de los Estados Unidos y otros: Podemos revelar su información médica a representantes federales autorizados para que puedan proteger al presidente, a otras personas autorizadas, o a jefes de estado extranjeros, o para hacer investigaciones especiales.

Compensación de trabajadores u otras actividades de rehabilitación: Podemos revelar su información médica, según exijan la ley o las aseguradoras, para darle beneficios por lesiones o enfermedades que sufra como víctima o que estén relacionadas con el trabajo. Reportes de donación y trasplante de órganos y tejidos: Podemos usar y revelar su información médica según exija la ley y según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: Podemos revelar información médica a un médico forense, a un examinador médico o al director de una funeraria.

Reclusos: Si está recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un representante de las fuerzas del orden público, podemos revelar su información médica a la institución o al representante de las fuerzas del orden público.

USO Y REVELACIONES A LAS QUE USTED PUEDE OPONERSE

Según lo que permite la HIPAA, puede oponerse a los siguientes usos o revelaciones de su información médica:

Directorio de pacientes: A menos que se oponga y nos diga que no lo hagamos, incluiremos cierta información limitada sobre usted en el directorio mientras sea paciente en cualquiera de nuestros hospitales. Esa información puede incluir su nombre, el lugar donde está en el hospital, condición general y afiliación religiosa. También es posible que se revele a personas que pregunten por usted por su nombre.

Personas que participan en su atención o en el pago de su atención: A menos que se oponga y nos diga que no lo hagamos, podemos revelar su información médica a un amigo o familiar que participen en su atención médica o que sean responsables de pagarla. En circunstancias excepcionales, si usted es un paciente hospitalizado o está en el Departamento de Emergencias, es posible que compartamos información limitada con sus familiares o amigos sobre su condición y ubicación. Por ejemplo, si usted no es capaz de comunicarse de forma coherente, podemos compartir su información médica con familiares o amigos para ayudar a darle una atención de calidad durante su estancia. Además, podemos revelar información sobre usted a organizaciones como la Cruz Roja o la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA), que dan ayuda en casos de catástrofes, para que su familia pueda informarse sobre su estado, condición y ubicación.

Reportes de su condición a los medios: A menos que se oponga y nos diga que no lo hagamos, podemos revelar su información médica para mantener al corriente a los medios si piden información sobre usted usando su nombre completo. Se podrá revelar la siguiente información: su condición descrita en términos generales como buena, regular, grave o crítica. Tiene derecho a pedir que esa información no se revele.

Atención espiritual: A menos que usted se oponga y nos pida que no lo hagamos, para dar una atención integral a nuestros pacientes, podemos revelar su información médica a capellanes u otros proveedores de atención espiritual.

INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

HFH presta servicios por medio de programas de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias que están cubiertos por 42 CFR Parte 2 (un programa de la “Parte 2”). Si usted recibe servicios de uno o más de estos programas de HFH, le pediremos que firme un formulario de consentimiento general para el programa de la Parte 2.

Revelación de expedientes de la Parte 2. No compartiremos sus expedientes de la Parte 2 a menos que tengamos su autorización firmada. Le pediremos que autorice la revelación de información para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica una vez al principio de su tratamiento en una de las clínicas mencionadas en la Parte 2.

Revelaciones complementarias de los expedientes de la Parte 2. Si HFH recibe sus expedientes de la Parte 2 de otra clínica, podemos volver a revelarlos sin su consentimiento, si las reglamentaciones de la HIPAA permiten dicha revelación.

Revelación de expedientes de la Parte 2 en temas civiles y criminales. En ningún caso usaremos ni revelaremos su expediente del Programa Parte 2, ni el testimonio que describe la información contenida en su expediente del Programa Parte 2, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo iniciado por cualquier autoridad federal, estatal o local en su contra, a menos que lo autorice su consentimiento o la orden de un tribunal después de que se le avise de la orden judicial. Una orden judicial que autorice el uso o la revelación debe estar acompañada de una citación u otra orden judicial similar que obligue a la revelación antes de que se use o revele el expediente.

Revocación de consentimiento para las revelaciones de la Parte 2. Usted tiene derecho a revocar su consentimiento en cualquier momento, exceptuando los casos en los que HFH haya actuado basándose en él. Puede revocar su consentimiento y participación escribiendo a privacysecurity@hfhs.org o por teléfono al (313) 874-9561.

Si le impusieron un tratamiento por medio del sistema judicial penal (incluyendo los tribunales de drogas, la libertad condicional o la libertad bajo palabra) y firma un consentimiento autorizando la revelación de información a elementos del sistema judicial penal, como el tribunal, un oficial de libertad condicional, los agentes de libertad bajo palabra, los fiscales u otras fuerzas del orden público, su derecho a revocar el consentimiento puede estar más limitado y debe explicarlo claramente en el consentimiento que firme.

Sus derechos sobre los expedientes de la Parte 2. Los otros derechos de los pacientes descritos en este Aviso se aplican a toda la información médica, incluyendo los expedientes de la Parte 2.

Recaudación de fondos. Usted tiene derecho de solicitar no participar en actividades específicas de recaudación de fondos relacionadas con las clínicas de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias de HFH.

EXPEDIENTE MÉDICO COMPARTIDO/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE)

Como parte de nuestras operaciones comerciales, conservamos automáticamente su información médica en un sistema de expedientes médicos electrónicos compartidos o comunitarios que permite a los centros de HFH, a los proveedores y a su médico de atención primaria (si participa en un HIE) recibir copias de todos los expedientes de tratamiento, emergencias, laboratorio, radiología y otros resultados de pruebas, incluso si no ordenó la prueba o el tratamiento. También podemos participar en varios HIE electrónicos que ayudan a otros proveedores de atención médica que lo atiendan a consultar a su información médica cuando sea necesario. A menos que usted se oponga y nos diga que no lo hagamos, su información médica estará disponible para otras HIE, como Care Everywhere® y TEFCA™, u otros proveedores que usan el software EPIC para crear y mantener su sistema de expediente médico electrónico. Por ejemplo, si usted ingresa por una situación de emergencia en un hospital o centro no relacionado con HFH que participa en el mismo sistema compartido de expedientes médicos HIE que HFH, su información médica estará disponible electrónicamente para los que la necesiten para tratarlo. Si no quiere que su información médica se incluya en un HIE, tiene derecho a pedirlo por escrito. Si después quiere que se vuelva a incluir, también puede pedirlo por escrito.

SU DERECHO A DECIDIR QUE NO QUIERE PARTICIPAR EN CIERTAS ACTIVIDADES

Opciones para no participar: Podemos usar y revelar su información médica en un HIE cuando se recauden fondos, se hagan campañas de marketing o envíen encuestas, como se describe en las secciones de arriba. HFH tiene un formulario específico que usted debe completar. Con respecto a la recaudación de fondos, HFH o nuestros miembros de OHCA pueden participar en esas actividades, y le pedimos que nos ayude en nuestros esfuerzos, confiando en que estamos protegiendo su información médica. Si no quiere participar en alguna de esas actividades, tiene derecho a pedirlo por escrito. Si después quiere que se vuelva a incluir, también puede pedirlo por escrito.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene ciertos derechos si se trata de su información médica. En esta sección le explicamos sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo:

Acceso y copias: Usted tiene derecho a revisar, inspeccionar o recibir una copia de la información médica que conservamos sobre usted o cualquier otra persona sobre la que tenga autorización legal para acceder a su información médica. HFH exige que complete un formulario específico. Tenga en cuenta que podemos cobrarle por los gastos relacionados con su solicitud. Podemos rechazar su solicitud en circunstancias limitadas. Por ejemplo, su solicitud se puede rechazar si un profesional autorizado de atención médica determina, según su mejor criterio profesional, que es bastante probable que acceder a la información solicitada le cause daño a usted o a otra persona, o ponga en peligro la vida o la seguridad física. Si recibe una denegación, puede pedir que se revise. Un profesional autorizado de atención médica, elegido por HFH, revisará la solicitud y la denegación. Algunos centros de HFH conservan expedientes por 10 años y, en algunos casos, es posible que su información médica no esté disponible debido a nuestra política de conservación.

Lista de revelaciones: Tiene derecho a recibir una lista de los casos en que se reveló su información médica, excepto de los relacionados con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica que no exigen su consentimiento. Puede presentar una solicitud por escrito para un período de hasta seis años a partir de la fecha de revelación. HFH exige que complete un formulario específico. Su primera solicitud en un período de 12 meses será gratuita. Después de eso, es posible que le cobremos por solicitudes adicionales.

Enmiendas: Tiene derecho a presentar una solicitud por escrito para modificar su información médica. HFH exige que complete un formulario específico. Si cree que la información de su expediente médico es incorrecta o que falta información. Podemos denegar la solicitud si no se hace por escrito o si no incluye un motivo que la apoye. Además, podemos rechazar su solicitud si nuestra información está completa y es precisa, si la información no la creamos nosotros, si no es parte de la información médica que

conservamos nosotros o que se conserva para nosotros, o no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias. No podemos eliminar ni cambiar la información del expediente. Si aceptamos su solicitud, agregaremos la información complementaria en un anexo.

Restricciones: Tiene derecho a presentar una solicitud por escrito para restringir la manera en que usamos o revelamos su información médica. HFH exige que complete un formulario específico. Le enviaremos una respuesta por escrito para informarlo de nuestra capacidad para cumplir su solicitud. Por ejemplo, si paga por un servicio específico totalmente de su bolsillo antes de que lo reciba y nos pide que no revelemos información sobre el mismo a su compañía de seguros, cumpliremos la solicitud.

Confidencialidad: Tiene derecho a pedir que su información médica se comparta con usted de manera confidencial, por ejemplo, en el trabajo y no en casa. Si pide que le enviemos su información médica por email, lo haremos de forma segura a menos que usted o su representante legal autoricen lo contrario.

Copias de nuestro aviso: Tiene derecho a recibir una copia de nuestro aviso vigente. Si este aviso se le envió de manera electrónica, puede pedir una copia impresa en cualquier momento.

Notificación de una violación: Usted tiene derecho a que le informen por escrito si se produce una violación de seguridad de la privacidad o la seguridad que afecte a su información médica.

EJERCICIO DE SUS DERECHOS Y DECISIÓN DE NO PARTICIPAR

Para ejercer cualquiera de los derechos mencionados arriba o para excluirse u oponerse a un uso o revelación específicos, comuníquese con la Oficina de Privacidad y Seguridad de la Información. Para ayudarlo con su solicitud, puede descargar o recibir los formularios adecuados mencionados arriba:

- Visitando henryford.com/visitors/privacy
- O, si no tiene acceso a una computadora, llame a nuestra oficina al (313) 874-9561 y pida que le envíen por correo el formulario correcto. Los formularios completados se pueden enviar por:
 - Correo: Information Privacy & Security Office, One Ford Place, Detroit, MI 48202
 - Correo electrónico: privacysecurity@hfhs.org
 - Fax: (313) 874-9449

QUEJAS

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, o preguntas o quejas sobre el manejo de su información médica, puede comunicarse por escrito con la Oficina de Seguridad y Privacidad de la Información (Information Privacy & Security Office), usando la información de abajo.

También puede enviar una queja por escrito al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services). No sufrirá represalias por presentar una queja, bajo ninguna circunstancia.

Henry Ford Health Information Privacy & Security Office
One Ford Place, Detroit, Michigan 48202
(888) 434-3044
henryfordhealth.ethicspoint.com

CON QUIÉN COMUNICARSE

Si tiene preguntas sobre el acuerdo de atención médica organizada o la información descrita en este Aviso, comuníquese con la Oficina de Seguridad y Privacidad de la Información escribiendo a privacysecurity@hfhs.org o llamando al (313) 874-9561.