



AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CAROLINA DEL NORTE ACUERDO DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADA

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD
- SUS DERECHOS RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD
- CÓMO EJERCER SU DERECHO A OBTENER COPIAS DE SU EXPEDIENTE MÉDICO A UN COSTO REDUCIDO O, EN ALGUNOS CASOS, DE FORMA GRATUITA
- CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA RELACIONADA CON UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD, O DE SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA INFORMACIÓN, INCLUYENDO EL DERECHO A EXAMINAR O PEDIR COPIAS DE SU EXPEDIENTE MÉDICO BAJO LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y TRANSFERIBILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA)

TIENE DERECHO A OBTENER UNA COPIA DE ESTE AVISO (IMPRESA O ELECTRÓNICA) Y A COMUNICARSE CON EL FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD DE UNC HEALTH AL 984-974-1069 O EN PRIVACY@UNCHEALTH.UNC.EDU SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE AVISO.

POR FAVOR LEERLO DETENIDAMENTE.

Fecha de entrada en vigor:
16 de febrero de 2026

QUIÉN SIGUE ESTE AVISO

Este aviso conjunto de prácticas de privacidad («aviso») aplica a entidades que son propiedad o son administradas por el Sistema de Salud de la Universidad de Carolina del Norte («UNC Health»), lo que incluye instalaciones, clínicas, departamentos y otros centros de servicio de UNC Health («entidades de UNC Health»); nuestros empleados, contratistas, empleados en prácticas y voluntarios; miembros de nuestro personal médico y sus empleados autorizados cuando le prestan servicios a usted en una de las instalaciones de UNC Health; y cualquiera de los trabajadores de UNC Health que tengan autorización para usar o ver su información médica (de manera colectiva, «nosotros»). Para obtener una lista de todas las entidades de UNC Health que cumplen con este aviso, vea nuestra página web (www.unchealthcare.org) o llame a la Oficina de Privacidad de UNC Health (UNC Health Privacy Office) al número gratuito 1-833-407-6257. Tenga en cuenta que UNC Health Alliance y UNC Senior Alliance no se rigen por este aviso. Para pedir el Aviso de Prácticas de Privacidad aplicable a NC Health Alliance o a UNC Senior Alliance, envíe un correo electrónico a healthalliance@unchealth.unc.edu.

Hemos creado un Acuerdo de atención médica organizada («OHCA», por sus siglas en inglés), para que podamos abordar de una mejor forma sus necesidades de atención médica simplificando la manera cómo protegemos y usamos información sobre su salud. Este acuerdo nos permite enviarle un único aviso y compartir entre nosotros su información médica de una manera eficiente para el tratamiento, pago y las operaciones administrativas de la atención médica. Por ejemplo, cuando un médico, una enfermera u otra persona que no es un empleado de una de las entidades de UNC Health le presta servicios en instalaciones de UNC Health, estas personas forman parte del Acuerdo de atención médica organizada de UNC Health y tienen que cumplir con este aviso.

Sin embargo, cada uno de los miembros de este Acuerdo mantiene su propia identidad legal. Al participar en este Acuerdo, ningún miembro presta servicios de salud en nombre de otro miembro de este Acuerdo.

NUESTRA OBLIGACIÓN DE PROTEGER LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Por ley estamos obligados a proteger la confidencialidad de su información de salud protegida, enviarle un aviso de nuestras obligaciones legales y de nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y cumplir con las condiciones de este aviso actualmente vinculante. La información de salud protegida («PHI», por sus siglas en inglés) incluye información recopilada en el pasado, presente y futuro sobre su salud, la atención médica que se le ha prestado y el pago por los servicios de salud recibidos.

Cambios a este aviso. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y a que todas las disposiciones del nuevo Aviso sean aplicables y vigentes para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si cambiamos este Aviso, pondremos una copia del Aviso en nuestras instalaciones y en nuestra página web en www.unchealthcare.org.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

La ley federal requiere que protejamos la confidencialidad de su información de salud protegida. Además, la ley de Carolina del Norte no solamente protege sus derechos de privacidad, sino también la relación con su médico y, si aplica, con su proveedor de servicios de salud mental. La ley estatal restringe la divulgación de información sobre su salud en múltiples circunstancias. Sin embargo, podríamos divulgar información sobre su salud de conformidad con la ley estatal y federal para el tratamiento, pago y las operaciones administrativas de la atención médica; con su consentimiento; por orden judicial; o según lo permita o exija la ley.

La leyes de Carolina del Norte y las leyes federales nos permiten usar y divulgar su información de salud protegida sin una autorización suya por escrito de la siguiente manera:

Tratamiento: necesitamos usar y divulgar su información de salud protegida para prestar, coordinar o gestionar su atención médica y los servicios respectivos. Esto puede incluir comunicarse con otros proveedores de atención médica sobre su tratamiento y coordinar y gestionar su atención médica con otros profesionales. Por ejemplo, necesitamos usar y divulgar su información de salud protegida tanto dentro como fuera de nuestro sistema cuando usted necesita recetas de medicamentos, pruebas de laboratorio, radiografías y otros servicios de atención médica. Además, necesitamos usar y divulgar su información de salud protegida cuando le remitimos a otro proveedor de atención médica.

Pago: puede que usemos y divulguemos a otras personas su información de salud protegida para facturar y cobrar el pago por los tratamientos y servicios que se le prestaron. Antes de recibir servicios planificados, podríamos necesitar compartir información acerca de estos servicios con sus planes de seguro médico. Compartiendo la información podemos pedir cobertura bajo su plan o póliza de seguro médico y obtener la aprobación del pago antes de prestarle los servicios. Podríamos también necesitar compartir información médica suya con las siguientes entidades:

- agencias o departamentos de cobros, o abogados que nos ayuden con los cobros, incluyendo la Oficina del fiscal general de Carolina del Norte (Office of the Attorney General);
- compañías de seguros, planes de seguro médico y sus agentes;
- agencias de reporte al consumidor (por ejemplo, agencias de crédito);
- otras personas que sean responsables de sus cuentas, tales como su cónyuge o un garante de sus cuentas, según sea necesario para que podamos cobrar el pago.

Operaciones administrativas de la atención médica: podemos usar y divulgar su información de salud protegida en nuestras actividades de gestión administrativa, las cuales llamamos «operaciones administrativas de la atención médica» que sirven para mejorar la calidad de la atención que prestamos y reducir los costos de la atención médica. Podríamos usar su información de salud protegida en nuestras propias «operaciones administrativas de atención médica» y en las del Acuerdo de atención médica organizada en el que participamos. Además, podríamos necesitar divulgar su información de salud protegida para las «operaciones administrativas de atención médica» de otros proveedores que participan en su atención médica con el fin de mejorar la calidad, eficacia y costo de la atención que prestan o para evaluar y mejorar el rendimiento de estos proveedores. Por ejemplo: los miembros del personal médico, el equipo de gestión de riesgo o el equipo de mejora de la calidad, incluyendo organizaciones a cargo de la seguridad del paciente, pueden utilizar información de su expediente médico para evaluar la

atención que recibe y los resultados de su tratamiento. Podríamos también divulgar información con fines educativos y evaluativos a médicos, enfermeros o enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros miembros del personal de UNC Health.

Actividades para recaudar fondos: podríamos usar o divulgar cierta información de salud protegida suya, incluyendo la divulgación a una de nuestras fundaciones para comunicarnos con usted y recaudar fondos para nuestros servicios y actividades. Usted tiene derecho a no seguir recibiendo estas comunicaciones. Si no quiere que usemos su información de salud protegida para contactarle y ayudarnos en nuestros esfuerzos para recaudar fondos, llame por teléfono o escriba a la dirección que se encuentra en la última página de este Aviso.

Recordatorios de citas: podríamos usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica.

Alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud: podríamos usar y compartir su información de salud para recomendarle posibles opciones de tratamiento o tratamientos alternativos, además de beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle o para informarle de nuevas instalaciones que vamos a abrir.

Acuerdos de atención médica organizada (OHCAs): muchas de las entidades de UNC Health también participan en UNC Health Alliance, LLC, una red clínica integrada que se ha establecido a sí misma como un Acuerdo de atención médica organizada. Este acuerdo le permite a los participantes compartir entre ellos su información de salud protegida para el tratamiento, pago, operaciones administrativas de la atención médica y ciertas actividades conjuntas.

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida en otras circunstancias sin su autorización y sin que tenga la oportunidad de aceptarlo ni oponerse.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en varias circunstancias en las que no necesitamos su consentimiento, ni tendrá la oportunidad de aceptarlo ni de objetar, como por ejemplo:

- Cuando sea necesario para **evitar una grave amenaza a su salud y seguridad** o a la salud y seguridad del público o de otra persona.
- A **organizaciones que facilitan la donación y trasplante** de tejidos u órganos.
- A **funcionarios autorizados** cuando **se requiere por ley federal, estatal o local**. Por ejemplo, para denunciar el maltrato o abandono de un niño o de una persona con discapacidades o para denunciar ciertos tipos de heridas o de lesiones.
- En respuesta a algunas **citaciones, órdenes judiciales y órdenes administrativas**.
- Conforme lo exija la ley para **actividades relacionadas con la salud pública**. Por ejemplo para la prevención o el control de enfermedades y la notificación de nacimientos y muertes.
- Para trámites **aprobados relacionados con indemnizaciones por accidentes laborales**.
- A **agencias regulatorias de la salud**. Por ejemplo, agencias encargadas de asegurar el cumplimiento con los requerimientos de licencias o acreditaciones.
- A **las autoridades del orden público**, como por ejemplo en ciertos crímenes.
- A **los funcionarios forenses, médicos forenses o directores de funerarias** para llevar a cabo sus obligaciones.

- Conforme lo necesiten las **autoridades del mando militar**, si usted forma parte de las fuerzas armadas.

A nuestros **asociados de negocios** para hacer el tratamiento, pago o las operaciones administrativas de la atención médica en nuestro nombre. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre su salud a la compañía que factura a las compañías de seguro por nuestros servicios.

- Para **estudios de investigación** o reunir información en bases de datos que se puedan usar estudios de investigación en el futuro. Podríamos divulgar su información de salud protegida y muestras sobrantes con estudios de investigación aprobados por un comité de revisión institucional que haya determinado que su consentimiento escrito no es necesario para hacer esta divulgación. Podríamos también revisar su información de salud protegida para determinar si usted reúne los requisitos para participar en un estudio de investigación médica o para que un investigador pueda comunicarse con usted por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o correo postal para saber si le interesaría participar en un estudio de investigación médica.
- A un **centro penitenciario que tiene su custodia legal** conforme sea necesario para su salud y la seguridad de otras personas.
- Podemos **quitar o agrupar identificadores** para que la información se vuelva anónima y después usarla o compartirla sin su autorización por escrito.

Usted se puede oponer a ciertos usos y divulgaciones: a menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes circunstancias:

- **Directorios del hospital o de las instalaciones.** Podemos compartir su ubicación en el hospital y su estado de salud general (estado crítico, grave, etc.) en nuestra lista de pacientes con personas que pregunten por usted por su nombre. Podríamos compartir también su afiliación religiosa con el clero.
- **Personas que participan en su atención o pago por su atención.** Podríamos compartir información sobre su salud con un familiar, representante personal, amigo u otra persona que usted identifique cuando la información esté directamente relacionada con la participación de estas personas en su cuidado o en el pago por la atención recibida.
- **Circunstancias de emergencia y auxilio en casos de desastre.** Podríamos compartir con una agencia pública o privada (por ejemplo, la Cruz Roja Americana) su información de salud protegida por razones de auxilio en casos de desastre. Aun cuando usted se oponga, podemos compartir su información de salud protegida, si es necesario en circunstancias de emergencia. En caso de emergencia, o si usted está incapacitado para tomar decisiones por sí mismo, usaremos nuestro juicio profesional para decidir si es lo más conveniente para usted compartir su información de salud protegida con una persona que participa en su atención.

Algunos usos y divulgaciones de su información de salud protegida requieren su autorización por escrito.

Le pediremos su autorización si necesitamos:

- usar o divulgar notas de psicoterapia;
- usar o divulgar su información de salud protegida para fines de publicidad; o
- vender alguna parte de su información de salud protegida.

También pediremos su autorización para cualquier otro uso o divulgación de su información de salud protegida que no se describa en este Aviso de prácticas de privacidad.

Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su información de salud protegida, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca la autorización, no usaremos ni divulgaremos su información de salud protegida para los propósitos enumerados en su autorización escrita. Sin embargo, no podemos anular las divulgaciones que se hayan hecho de conformidad con una autorización válida.

Puede que usted tenga derechos adicionales bajo otras leyes: las leyes de Carolina del Norte pueden proporcionarle más protección que las leyes federales para ciertos tipos de información, y donde proceda, cumpliremos con los requisitos de esas leyes de Carolina del Norte. La ley de Carolina del Norte por lo general nos exige pedir su consentimiento por escrito antes de divulgar información relacionada con servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo o para el tratamiento de drogadicción. Existen algunas excepciones a este requisito.

Inteligencia artificial en UNC Health: UNC Health usa inteligencia artificial (AI, por sus siglas en inglés) para realzar el acceso a servicios médicos y mejorar la experiencia y los resultados de la salud de los pacientes. Para ver más información sobre la manera en que usamos la inteligencia artificial, o el Marco de gobernanza para el uso responsable de la inteligencia artificial en UNC Health (UNC Health Responsible AI Governance Framework) vaya a: <https://www.unchealth.org/about-us/ai-at-unc-health>

Puede que cierta información sobre el tratamiento para el abuso de bebidas alcohólicas, drogadicción y psiquiátrico tenga protecciones especiales de privacidad: nosotros no divulgaremos ninguna información de la salud que le identifique como paciente de dicho programa o centro, ni compartiremos información relacionada con su tratamiento en dicho programa o centro a menos que:

- Usted o un representante suyo dé consentimiento por escrito.
- Una orden del juzgado requiera la divulgación.
- El personal médico necesite información para tratarle en una emergencia médica.
- Personal calificado use la información en estudios de investigación o actividades operativas.
- Sea necesario denunciar un crimen o amenaza de que se va a cometer un crimen.
- Sea necesario denunciar maltrato o abandono conforme lo requiera la ley.

Disposiciones especiales para menores de edad bajo la ley de Carolina del Norte: bajo la ley de Carolina del Norte, los menores de edad, con o sin el consentimiento de los padres o tutores, tienen derecho a consentir que se les presten servicios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades, entre ellas enfermedades venéreas y otras enfermedades que se deben notificar al Estado de Carolina del Norte; embarazo; abuso de medicamentos regulados o de bebidas alcohólicas; y trastorno psíquico. Si usted es menor de 18 años, no está casado y no se ha emancipado legalmente ni se ha enlistado en las fuerzas armadas, puede dar su autorización para recibir tratamiento en casos de embarazo, abuso de bebidas alcohólicas y drogadicción, enfermedades venéreas o trastornos psíquicos sin la autorización de un adulto. Esta información se mantendrá confidencial, a menos que su médico determine que sus padres o tutores necesitan saber esta información debido a que hay una amenaza grave a su vida o salud, o si sus padres o tutores han preguntado de manera específica sobre su tratamiento. Tenga en cuenta que un menor todavía necesita obtener la autorización de los padres o de un juzgado para hacerse un aborto o la autorización de un juzgado para tratamientos de esterilización.

Podríamos contactarle por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto: si usted nos dio una

dirección de correo electrónico o un número de teléfono fijo o celular, podríamos utilizar dicha información para contactarle por correo electrónico, mensaje de texto o teléfono con el fin de coordinar su atención médica, informarle de servicios que puedan beneficiarle o hablar de su cuenta. Los investigadores médicos afiliados con UNC Health también podrían utilizar esta información para darle la oportunidad de participar en estudios de investigación médica aprobados o hablarle de un estudio de investigación médica en el que usted participa.

Sistema de Intercambio de información de la salud. Algunas entidades de UNC Health podrían participar en uno o más sistemas de Intercambio de información de la salud (HIEs, por sus siglas en inglés). Un sistema de Intercambio de información de la salud es un sistema electrónico mediante el cual otros proveedores de atención médica que le estén dando tratamiento pueden ver y compartir su información médica si también participan en el sistema de Intercambio de información de la salud. Las entidades de UNC Health que participan en uno o más sistemas de Intercambio de información de la salud compartirán su información de salud protegida con estos sistemas de Intercambio de información de la salud, y podrían usar dichos sistemas de Intercambio de información de la salud para ver su información de salud protegida con el fin de ayudarnos a prestarle servicios de atención médica.

Algunas entidades de UNC Health podrían participar en North Carolina HealthConnex (el «Intercambio») a través de la Autoridad de Intercambio de Información de la Salud de Carolina del Norte (North Carolina Information Exchange Authority). Las entidades de UNC Health que participan en el Intercambio comparten su información de salud protegida con el Intercambio y podrían utilizar el Intercambio para acceder a su información de salud protegida con el fin de ayudarnos a prestarle servicios de atención médica. Si usted no quiere que los participantes del Intercambio tengan acceso a su información de salud protegida, debe presentar un formulario directamente al Intercambio para revocar este acceso. El formulario de revocación (Opt Out Form) se puede descargar directamente de la página web de la Autoridad de Intercambio de Información de la Salud de Carolina del Norte (NC Health Information Authority)(<https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>). En el sitio web del Intercambio también puede encontrar información sobre los beneficios del Intercambio y las instrucciones para revocar el acceso. Incluso si decide revocar acceso al Intercambio, podríamos usar la información de salud protegida que está disponible en el Intercambio para prestarle servicios de emergencia o para fines de estudios de investigación o de salud pública que estén autorizados por ley. Revocar el acceso tampoco afectará nuestra obligación de divulgar su información de salud protegida al Intercambio cuando reciba servicios hospitalarios pagados por Medicaid o por otros recursos financiados por el Estado de Carolina del Norte.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su información de salud protegida: tiene el derecho a pedir que se restrinja el uso y divulgación de su información de salud protegida para el tratamiento, pago o las operaciones administrativas de la atención médica; su uso en el directorio de un hospital o centro; o a familiares y otras personas que participan en su cuidado. No estamos obligados a aceptar, en la mayoría de los casos, las restricciones que solicite. Si aceptamos su solicitud, la cumpliremos a menos que la información se necesite para prestar servicios de tratamiento de emergencia o si la ley exige su divulgación o si en este Aviso se dispone de otra forma. Si usted paga por adelantado el monto total por ciertos artículos o servicios y nos pide que no divulguemos a su plan de seguro médico información sobre dichos artículos o servicios, cumpliremos con su solicitud. Cualquier

otra solicitud para restringir el uso o divulgación de su información de salud protegida debe entregárnosla por escrito. Para solicitar una restricción, debe presentar la solicitud por escrito con el formulario adecuado al Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management Department) o a la clínica donde recibió tratamiento. Puede encontrar los formularios en nuestro sitio web o comunicándose con el Departamento de Gestión de Información Médica o el centro en el que recibió los servicios de tratamiento.

Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de distintas maneras: usted tiene el derecho a pedir cómo y cuándo comunicarnos con usted sobre su información de salud protegida. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted en la dirección del trabajo o número de teléfono o por correo electrónico. Debe presentar esta solicitud por escrito. Estamos obligados a acomodar todas las solicitudes razonables, pero cuando sea apropiado, es posible que como condición de aprobar su solicitud le pidamos información sobre cómo hará efectivo el pago, y que nos dé una dirección alternativa u otro método de contacto. Para pedir un método de comunicación alternativo, debe presentar la solicitud por escrito con el formulario adecuado al Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management Department) o a la clínica donde recibió los servicios de tratamiento. Puede encontrar los formularios en nuestro sitio web o comunicándose con el Departamento de Gestión de Información Médica o el centro en el que recibió los servicios de tratamiento.

Usted tiene el derecho a ver y copiar su información de salud protegida: tiene el derecho a ver y a recibir una copia de su información de salud protegida contenida en expedientes clínicos, de facturación y otros expedientes que se usen para tomar decisiones acerca de usted y que forman parte de nuestro conjunto de expedientes designados. Tiene el derecho a recibir una copia de su información de salud protegida en su versión electrónica original si es posible, o si no, en otro formato electrónico conveniente para ambos. Para ver y copiar su información de la salud, deberá entregar una solicitud por escrito con el formulario adecuado al Departamento de Gestión de Información Médica o a la clínica donde recibió el tratamiento. Podríamos cobrarle los costos por hacer las copias, el envío por correo postal o por otros suministros relacionados con su solicitud. Podríamos denegar su solicitud de ver y obtener copias de su información de salud en algunas circunstancias muy limitadas. Usted tiene el derecho a apelar la denegación.

Usted tiene el derecho a pedir una enmienda de su información de salud protegida: si piensa que su información de salud y de facturación no es correcta o está incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Podemos denegar su solicitud por los motivos siguientes:

- Nosotros no creamos la información.
- La información no forma parte de los expedientes que se usaron para tomar decisiones acerca de su cuidado.
- Pensamos que la información está correcta y completa.
- La solicitud pertenece a una parte del expediente que usted no tiene derecho a revisar.

Debe presentar su solicitud por escrito y debe explicar los motivos para la enmienda. Si denegamos la solicitud, le avisaremos por escrito los motivos de nuestra decisión y le explicaremos su derecho a presentar una declaración por escrito si no está de acuerdo con nuestra decisión. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, haremos esfuerzos razonables por comunicar la enmienda a otras personas, entre ellas personas que usted nos indique que hayan recibido la información de salud

protegida y que necesiten conocer dicha enmienda. Para solicitar una enmienda debe presentar la solicitud por escrito con el formulario adecuado al Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management Department) o a la clínica donde recibió los servicios de tratamiento. Puede encontrar los formularios en nuestro sitio web o comunicándose con el Departamento de Gestión de Información Médica o el centro en el que recibió los servicios de tratamiento.

Usted tiene el derecho a recibir un listado de algunas divulgaciones de su información de salud protegida que hemos hecho: tiene el derecho a recibir una lista escrita de algunas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud protegida. Puede solicitar las divulgaciones hechas hasta seis (6) años antes de la fecha de la solicitud. Estamos obligados a entregarle una lista de todas las divulgaciones, excepto las siguientes:

- divulgaciones para su tratamiento;
- divulgaciones para la facturación y el cobro del pago por su tratamiento;
- divulgaciones para las operaciones administrativas de la atención médica;
- divulgaciones hechas a usted o que usted solicitó, o autorizó;
- divulgaciones incidentales a los usos y las divulgaciones permitidas;
- divulgaciones hechas a personas que participan en su atención médica, con el fin de usarse en un directorio o para una notificación;
- divulgaciones permitidas bajo la ley cuando el uso o la divulgación concierne a ciertas funciones gubernamentales especializadas o a instituciones penitenciarias y en otras situaciones en las que esté bajo la custodia de las fuerzas del orden público;
- divulgaciones que forman parte de un conjunto de información limitada que no contiene cierta información que lo identifique a usted.

La lista incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección si está disponible) de la persona u organización que recibió la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la divulgación. Si, bajo circunstancias que lo permiten, su información de salud protegida se ha divulgado para ciertos tipos de estudios de investigación, la lista puede incluir diferentes tipos de información. Si usted solicita una lista de divulgaciones en más de una ocasión en un período de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable de dinero por este servicio. Para solicitar una lista de las divulgaciones, comuníquese con el Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management Department) para obtener y llenar el formulario de solicitud.

Usted tiene derecho a que le notifiquen de una violación de su información: tiene el derecho a recibir una notificación en el caso de que haya una violación de su información de salud.

Usted tiene el derecho a una copia de este Aviso: tiene derecho a pedir una copia impresa de este Aviso, en cualquier momento, comunicándose con la Oficina de Privacidad de UNC Health al (984) 974-1069 o al número gratuito (833) 407-6257. Le entregaremos una copia de este Aviso a más tardar en la fecha en que reciba nuestros servicios por primera vez (exceptuando servicios de emergencia, en cuyo caso, la entregaremos lo antes posible). Pondremos una copia vigente del Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) en cada centro de tratamiento y en nuestro sitio web: www.unchealthcare.org.

CONTACTOS PARA PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted necesita más información sobre las prácticas de privacidad o si tiene preguntas sobre este Aviso; si piensa que hemos violado sus derechos de privacidad, o tiene una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la Oficina de Privacidad de UNC Health por teléfono, correo electrónico o correo postal usando la siguiente información de contacto:

System Privacy Officer

UNC Health | Privacy Office

1025 Think Place, 4th Floor

privacy@unchealth.unc.edu

Teléfono: (984) 974-1069; número gratuito

(833) 407-6257

Si usted presenta una queja, no tomaremos ninguna acción en contra suya ni cambiaremos de ninguna forma la manera en que le tratamos. También puede presentar una reclamación por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW., Washington, D.C. 20201; llamando al 1-877-696-6775 o visitando: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.