

Instrucciones para Completar el Formulario de Solicitud de Derechos Individuales

La Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA" según sus siglas en inglés) le otorga a los pacientes derechos ("Derechos Individuales") sobre su información de salud protegida ("PHI" según sus siglas en inglés). Para ejercer sus Derechos Individuales en el Centro de Salud de la Culinaria* ("CHC" según sus siglas en inglés), por favor complete y envíe este formulario:

☐ **En persona:** Entregarlo en el CHC

☐ **Por fax a:** 630-236-5286

☐ **Por correo a:** Culinary Health Center
Attn: HIPAA Privacy Team
650 N. Nellis Blvd.
Las Vegas, NV 89110

☐ **Por correo electrónico a:** HIPAA@culinaryhc.com

Tenga en cuenta: Si usted elige enviar información personal a CHC por correo electrónico, no podemos garantizar que permanecerá privada o segura hasta que sea recibida.

Para obtener ayuda: Llame al **702-790-8000** y pregunte por el Equipo de Experiencia del Paciente o el Equipo de Privacidad de HIPAA.

Sus Derechos Individuales y qué sección de este formulario debe completar.

Autorización para compartir la Información de Salud Protegida ("PHI")

Completar formulario separado

Los pacientes tienen el derecho de solicitar al CHC que divulgue su PHI directamente a otra persona o entidad designada por el/la paciente. La solicitud del paciente para divulgar PHI a otra persona o entidad se debe hacer por escrito, firmada por el individuo e identificar claramente a la persona designada y dónde enviar la PHI.

Los pacientes también tienen derecho de solicitar ver u obtener una copia, o ambas, de la PHI que se mantiene sobre ellos en sus Registros Designados, los cuales podrían incluir registros médicos y de facturación u otros registros utilizados para tomar decisiones sobre el/la paciente.

Para realizar cualquiera de las solicitudes anteriores, por favor utilice el Formulario de Autorización para Compartir la Información de Salud Protegida, que está separado de este formulario.

Solicitud para Enmendar o Cambiar la PHI

Complete la Sección C

Los pacientes tienen el derecho de solicitar un cambio (enmienda) a su PHI si ellos creen que hay información incorrecta o incompleta. El CHC revisará la solicitud y corregirá el registro e informará al solicitante, o le notificará al solicitante de que la solicitud ha sido rechazada (por lo general dentro de los 60 días). Si se corrige el registro, con el consentimiento del Paciente, el CHC hará todos los esfuerzos razonables para proporcionar la información corregida a sus asociados y otras personas quienes hayan dependido, o razonablemente confiado en dicha información de tal forma que dañe al Paciente. Si se rechaza la solicitud, el solicitante puede presentar una declaración de disconformidad.

Solicitud para Restringir o Limitar el Uso o la Divulgación de PHI por parte del CHC (o para terminar una restricción o limitación anterior) Complete la Sección D	Los pacientes tienen el derecho de solicitar que el CHC restrinja el uso o la divulgación de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de servicios de salud, o para miembros de la familia u otras personas quienes estén involucradas en su atención médica, o los pagos para la atención médica. Debido a las dificultades administrativas involucradas en la aplicación de este tipo de solicitud de restricciones, excepto en circunstancias limitadas, CHC generalmente no está de acuerdo con tales restricciones. CHC hará todo lo posible por informar a los Pacientes de la decisión dentro de los 30 días.
Solicitud para Recibir Comunicaciones de PHI por Medios Alternativos o en Ubicaciones Alternativas (o para modificar o terminar una comunicación confidencial previa) Complete la Sección E	Los pacientes tienen derecho a solicitar recibir comunicaciones de su PHI por un medio alternativo (por ejemplo, por correo en lugar de correo postal) o una dirección alternativa (por ejemplo, en un apartado de correo en lugar de una dirección particular). CHC hará todo lo posible para cumplir con las solicitudes que sean razonables e informar a los Pacientes de la decisión dentro de los 30 días.
Solicitud para Recibir un Informe de Divulgaciones de PHI Complete la Sección F	Los pacientes tienen derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de PHI mantenidas en su Registro Designado durante los anteriores 6 años. El informe se proporcionará lo más rápido posible (generalmente dentro de los 60 días) sin cargo para la primera solicitud (solicitudes adicionales podrían requerir una pequeña tarifa). El informe no incluirá las divulgaciones de PHI realizadas: • Hace más de 6 años • Que sean necesarias para tratamientos, pagos, y operaciones de servicios de salud • Para el Paciente, el representante personal del Paciente, o de conformidad con una autorización • A instituciones correccionales o suspensiones temporales por agentes oficiales • Para propósitos de inteligencia o seguridad nacional, como parte de un Conjunto de Datos Limitados o de conformidad con una ley federal que no requiere que CHC proporcione un informe.
Solicitud para Presentar una Queja de Privacidad Complete la Sección G	Los pacientes tienen derecho a presentar una queja si creen que CHC ha violado sus derechos de privacidad o si tienen preocupaciones sobre las prácticas de privacidad de CHC. Los Pacientes también pueden presentar una queja de privacidad ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales en www.HHS.gov. El CHC investigará la queja y le comunicará el resultado al paciente (generalmente dentro de los 30 días).

Formulario de Solicitud de Derechos Individuales

Usted debe completar las siguientes secciones:

- ☐ Secciones A y B
- ☐ Cualquier sección que corresponda al Derecho Individual que usted está solicitando (Sección D, E, F o G) y
- ☐ Sección H

Sección A: Información del paciente (esta sección es requerida).

Nombre del paciente:

Dirección:

Ciudad, estado y código postal:

Número de teléfono: ()

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Últimos cuatro números del Seguro Social:

Relación con el/la Participante:

Sección B: Información del Participante (esta sección es requerida si la información es diferente a la información del Paciente)

Nombre del participante:

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Últimos cuatro números del Seguro Social:

Sección C: Solicitud de Modificación de la PHI

Describa la PHI que se solicitó que se cambie, cómo debería cambiarse y el motivo del cambio:

- ☐ Si se aprueba esta solicitud de enmienda de la PHI, por favor notifique a las siguientes personas/organizaciones:

Nombre: _____ Información de contacto: _____

Nombre: _____ Información de contacto: _____

Sección D: Solicitud de Restricción (o Terminación de la Restricción) de la PHI

No divulgue la PHI del paciente que esté relacionada con (marque todo lo que corresponda):

- ☐ Cualquier diagnóstico o tratamiento médico

- ☐ Un diagnóstico específico - proveer diagnóstico:

- ☐ Tratamiento entre estas fechas: ____/____/____ y ____/____/____

- ☐ Otro motivo - explique:

No comparta la PHI del paciente nombrado arriba con:

- ☐ Cualquier otra persona que no sea el/la paciente

- ☐ Una persona específica: Nombre de la persona: _____ Relación con el/la paciente: _____

- ☐ Proporcionar el motivo de esta solicitud de restricción:

- ☐ Marque esta casilla para solicitar la terminación de una restricción previa sobre el uso/divulgación de PHI por parte del CHC.

Sección E: Solicitud de Comunicaciones Confidenciales (o Terminación de una Solicitud de Comunicación Confidencial)

☐ Enviar comunicaciones de mi PHI en los siguientes medios o lugares alternativos:

Número de teléfono alternativo: ()

Dirección de correo electrónico alternativo:

Número de fax alternativo: ()

Dirección alternativa:

☐ Solicito la terminación de una comunicación confidencial que fue solicitada previamente y solicito un nuevo medio o ubicación.

Sección F: Solicitud de un Reporte de Divulgaciones

☐ Proporcionar un Reporte de Divulgaciones para: Desde (fecha): ____/____/____ Hasta (fecha):: ____/____/____

Proporcionar el Reporte de Divulgaciones de la siguiente manera:

☐ Para ser recogido por: Nombre: _____

☐ Por correo en esta dirección:

☐ Por correo electrónico a esta dirección:

☐ Por fax a este número: ()

Sección G: Queja de Privacidad

Describa su queja y por qué cree que la práctica o el incidente es inapropiado.

Fecha en que se dio cuenta de este problema: ____/____/____

Nombre y cargo de la(s) persona(s) involucradas (si las sabe):

Nombre: _____ Cargo: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

¿Se ha presentado esta queja ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales?

☐ Sí ☐ No Fecha (si respondió que sí): ____/____/____

Sección H: Firma (esta sección es requerida)

Nombre de la Persona completando este formulario:

Número de teléfono: ()

Relación con el/la Paciente*:

Firma: _____

Section I: For CHC Use Only

Received by: Name: _____ Date: ____/____/____

Completed by: Name: _____ Date: ____/____/____

Status: ☐ Approved ☐ Denied ☐ Investigation completed

Date notice/resolution provided to Patient: ____/____/____

Nota: Si se trata de una solicitud, no tendrá vigencia hasta que sea aprobada por el Centro de Salud de la Culinaria. Se le notificará por escrito de la decisión del CHC.

*Para los propósitos de esta Autorización, todas las referencias al Centro de Salud de la Culinaria o CHC incluyen el Neighborhood Health Center, LLC.

**Si este formulario es presentado por un representante personal (por ejemplo, alguien que tenga autoridad según la ley para actuar en nombre de alguien, como un tutor legal, administrador, alguien con poder notarial), favor de presentar prueba de dicha autoridad.