Arlington Regional Rehabilitation Hospital

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

4351 Centreway Place • Arlington, TX 76018 • ARRH.ERNESTHEALTH.COM • 682.339.1400

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede hacer para acceder a esta información. Léalo con atención.

SUS DERECHOS.

USTED TIENE DERECHO A LO SIGUIENTE:

- Obtener una copia de su historia clínica en versión electrónica o en papel;
- Corregir su historia clínica electrónica o en papel;
- Solicitar comunicaciones confidenciales;
- Pedirnos que restrinjamos la información que compartimos;
- Obtener una lista de las personas con quien podamas compartir su información;
- Recibir una copia de este aviso de privacidad;
- Elegir a una persona que lo represente;
- Presentar una queja si considera que no se han respetado sus derechos de privacidad.

CUANDO SE TRATA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA, TIENE CIERTOS DERECHOS. ESTA SECCIÓN LO AYUDA A ENTENDER SUS DERECHOS Y ALGUNAS DE NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

OBTENER UNA COPIA DE SU HISTORIA CLÍNICA EN VERSIÓN ELECTRÓNICA O EN PAPEL

- Usted tiene el derecho de obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y de cualquier otro tipo de información médica que se le haya proporcionado durante su estancia con nosotros. Consúltenos para saber cómo puede obtener esta información.
- Usualmente le podemos proporcionar una copia del resumen médico en 15 días. Se tarda aproximadamente 30 días para obtener una copia completa de su expediente médico. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en los costos.

SOLICITARNOS QUE CORRIJAMOS SU HISTORIA CLÍNICA

- Usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos su información médica si usted piensa que está incorrecta. Consúltenos para saber cómo hacerlo.
- Podemos negarnos a cumplir su solicitud, sin embargo, tenemos un plazo de 60 días para informarles por escrito el motivo de no poder cambiar su información.

SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono particular o laboral) o que le enviemos la correspondencia a otro domicilio.
- Aceptaremos cumplir con todas las solicitudes razonables.

PEDIRNOS QUE RESTRINJAMOS LA INFORMACIÓN QUE UTILIZAMOS O COMPARTIMOS

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, los pagos o en nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podremos negarnos si esto afectara su cuidado médico.
- Si usted paga un servicio o artículo de atención médica en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información para los pagos o en nuestras operaciones con su compañía de seguro médico. Aceptaremos su solicitud, a menos que la ley nos exija lo contrario.

OBTENER UNA LISTA DE LAS PERSONAS CON QUIENES COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN

- Puede solicitar una lista o un informe que detalle las veces que compartimos su información médica, con quiénes la compartimos y los motivos. La lista contendrá información de los seis años anteriores a la fecha en que realice la solicitud.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, los pagos y las operaciones de atención médica, y cualquier otro tipo de divulgación (como las que usted nos haya pedido realizar). Le proporcionaremos un informe por año de forma gratuita. Sin embargo, le cobraremos un cargo razonable acorde a los costos en caso de solicitar otro informe dentro de los doce meses.

RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD

- Puede solicitar una copia por escrito de este aviso en cualquier momento, incluso si acepta recibir el aviso de manera electrónica. Le entregaremos dicha copia lo más pronto posible.

ELEGIR A UNA PERSONA QUE LO REPRESENTE

- Si usted le otorgó un poder médico a una persona o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autorización y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

PRESENTAR UNA QUEJA SI CONSIDERA QUE NO SE RESPETARON SUS DERECHOS

- Puede quejarse si considera que no hemos respetado sus derechos. Para hacerlo, se puede contactar con nosotros a través de los datos incluidos en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, por correo postal a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o ingresando en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos ningún tipo de represalia porque haya presentado una queja.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES.

PODREMOS UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA HACER LO SIGUIENTE:

- Para su tratamiento médico;
- Administrar nuestra organización;
- Cobrarle por nuestros servicios;
- Colaborar con temas de salud pública y seguridad;
- Realizar investigaciones;
- Cumplir con la ley;
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos;
- Trabajar con médicos forenses o directores de funerarias;
- Abordar temas relacionados con el seguro de indemnización por accidentes laborales, el cumplimiento de la ley y otro tipo de solicitudes gubernamentales;
- Responder a acciones legales y procesos judiciales.

EN GENERAL, ¿DE QUÉ FORMA UTILIZAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA?
EN GENERAL, UTILIZAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PARA HACER LO SIGUIENTE:

BRINDARLE ATENCIÓN MÉDICA	• Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que tambien lo estén atendiendo. *Por ejemplo: un médico que lo atiende por una lesión le consulta a otro médico sobre su estado de salud general.*
PARA GESTIONAR NUESTRA ORGANIZACIÓN	• Podemos utilizar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestras prácticas, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. *Por ejemplo: utilizamos su información médica para manejar su tratamiento médico y sus servicios.*
PARA COBRARLE LOS SERVICIOS	• Podemos utilizar y compartir su información médica para cobrarle y recibir pagos de su plan de seguro médico o de otras entidades. *Por ejemplo: le brindamos su información al plan médico para que cubra sus servicios.*

SUS OPCIONES.

USTED TIENE EL DERECHO DE ELEGIR DE QUÉ MANERA PODEMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- Informarles a su familia y amigos acerca de su condicion medica;
- Proporcionar ayuda en caso de una catástrofe;
- Incluirlo en el directorio del hospital;
- Proporcionar atención de salud mental;
- Comercializar nuestros servicios y vender su información;
- Recaudar fondos.

CON RESPECTO A CIERTO TIPO DE INFORMACIÓN MÉDICA, PUEDE INDICARNOS QUÉ COMPARTIR.

USTED TIENE EL DERECHO Y LA OPCIÓN DE INDICAR CÓMO QUIERE QUE NOSOTROS COMPARTAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA EN LOS SIGUIENTES CASOS:	• Cómo compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado; • Cómo compartir su información en una situación de emergencia o zona de desastre; • Cómo incluir su información en el directorio de un hospital. *Si no fuera capaz de indicarnos su preferencia, por ejemplo, porque se encuentra inconsciente, podremos proceder a compartir su información si consideramos que es para su mejor beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario a fin de mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*
NUNCA COMPARTIREMOS SU INFORMACIÓN EN LOS SIGUIENTES CASOS, AL MENOS QUE NOS AUTORICE POR ESCRITO A HACERLO:	• Con fines de comercialización; • Para la venta de su información; • En la mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia.
PARA LA RECAUDACIÓN DE FONDOS:	• Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero usted, puede solicitarnos que no lo volvamos a hacer.

¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS UTILIZAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA? ESTAMOS AUTORIZADOS Y OBLIGADOS A COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE OTRAS MANERAS; GENERALMENTE, PARA CONTRIBUIR CON EL BIEN PÚBLICO, COMO LA SALUD PÚBLICA Y LA INVESTIGACIÓN. DEBEMOS CUMPLIR MUCHAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR LA LEY ANTES DE PODER COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA ESTOS FINES. PUEDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN EN WWW.HHS.GOV/OCR/PRIVACY/HIPAA/UNDERSTANDING/CONSUMERS/INDEX.HTML.

COLABORAR CON TEMAS DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD

Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, por ejemplo, para hacer lo siguiente:

- Prevenir enfermedades;
- Ayudar en el retiro de productos;
- Informar reacciones adversas a medicamentos;
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Prevenir o mitigar una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona;

REALIZAR INVESTIGACIONES

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación médica.

CUMPLIR CON LA LEY

- Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si nos solicitan prueba de que cumplimos con la ley federal de privacidad.

RESPONDER A SOLICITUDES DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de procuración de órganos.

TRABAJAR CON MÉDICOS FORENSES O DIRECTORES DE FUNERARIAS

- Podemos compartir su información médica con médicos forenses o directores de funerarias en caso de fallecimiento.

ABORDAR TEMAS RELACIONADOS CON EL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES, EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY Y OTRO TIPO DE SOLICITUDES GUBERNAMENTALES

Podemos usar o compartir su información médica en los siguientes casos:

- Ante reclamos del seguro de indemnización por accidentes laborales;
- A los fines de cumplir con la ley o con un funcionario del orden público;
- Con entidades de supervisión médica para actividades autorizadas por ley;
- Para funciones gubernamentales especiales, como funciones militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

RESPONDER ACCIONES LEGALES Y PROCESOS JUDICIALES

- Podemos compartir su información médica para responder una orden judicial o administrativa, o una citación.

TRATAMIENTO ESPECIAL DE LA INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia infantil o de adultos, incluida la agresión sexual, enfermedades transmisibles, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información sobre menores, recetas médicas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Cumpliremos con la ley más estricta en los casos en que nos corresponda.

INFORMACIÓN SOBRE SUD

Si bien no somos un programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias según la legislación federal (un "programa de SUD"), es posible que recibamos información suya de parte de un programa SUD. No podemos divulgar información relacionada con SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que exista: (i) su autorización escrita, o (ii) una orden judicial junto con una citación u otro requisito legal de divulgación, emitida después de que tanto usted como nosotros hayamos sido notificados y hayamos tenido la oportunidad de ser escuchados.

INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Arlington Regional Rehabilitation Hospital puede participar de ciertos intercambios electrónicos de información médica que permiten que su información médica se comparta en forma electrónica con otros hospitales, médicos, profesionales o instalaciones médicas involucrados en su tratamiento. Arlington Regional Rehabilitation Hospital puede compartir su información a través de intercambios de información médica, a menos que usted nos indique lo contrario. Usted tiene derecho a negarse a participar en cualquiera o todos los intercambios de información médica en los que Arlington Regional Rehabilitation Hospital participe en la actualidad o en los que Arlington Regional Rehabilitation Hospital pudiera participar en el futuro. Aunque no desee participar en un intercambio de información médica, igual recibirá tratamiento. Arlington Regional Rehabilitation Hospital no compartirá su información en un intercambio de información médica si usted nos indica que no desea que se comparta dicha información. Si no desea participar en los intercambios de información médica de Arlington Regional Rehabilitation Hospital, nos lo puede decir contactándose con el oficial de privacidad al 682.339.1400 o informárselo en persona.

NOTIFICACIONES DE EVENTOS

Arlington Regional Rehabilitation Hospital puede enviarle notificaciones de eventos sobre su ingreso, traslado o alta de Arlington Regional Rehabilitation Hospital a su proveedor de atención primaria o a otros proveedores de atención médica o entidades que usted haya identificado como principales responsables de su atención médica. Además, dichas notificaciones se pueden enviar a cualquier proveedor de consulta o a proveedores de atención posaguda responsables de su atención médica después del alta de Arlington Regional Rehabilitation Hospital. Usted tiene derecho a rechazar que dichas notificaciones se envíen a alguno o a todos sus proveedores identificados.

NUEVA DIVULGACIÓN

La información divulgada conforme a este Aviso de Prácticas de Privacidad puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de ciertos destinatarios y, en ese caso, podría dejar de estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad de la información médica.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurriera algún tipo de incumplimiento que pudiera comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la aquí descrita, a menos que usted nos lo indique por escrito. Puede dejar sin efecto su autorización en cualquier momento. Infórmenos por escrito si desea hacerlo.

Puede obtener más información en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y estos se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Podrá solicitar el aviso modificado en nuestros consultorios y en ARRH.ernesthealth.com

Fecha revisada: Febrero de 2026

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD APLICA PARA LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES:

Arlington Regional Rehabilitation Hospital, sus empleados, médicos y otros proveedores acreditados, y

- Personas o entidades que prestan servicios para el hospital en virtud de acuerdos que contengan protecciones de privacidad o cuya divulgación de información médica esté permitida por la ley;
- Personas o entidades con las que el hospital coordina los acuerdos de atención;
- Nuestros voluntarios y estudiantes de medicina, enfermería y otras especialidades médicas.

ARLINGTON REGIONAL REHABILITATION HOSPITAL • A/A: OFICIAL DE PRIVACIDAD
4351 CENTREWAY PLACE • ARLINGTON, TX 76018 • TELÉFONO:: 682.339.1400