

# Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

---

**EN ESTE AVISO DE PRIVACIDAD SE DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.**

## Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos:

- Obtener una copia electrónica o impresa de sus registros médicos y de facturación.
- Pedirnos que corrijamos su registro médico impreso o electrónico.
- Solicitar una comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este Aviso.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

## Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en cuanto a la manera en que usamos y compartimos información cuando:

- Informamos a familiares y amigos su afección.
- Brindamos socorro en caso de desastre.
- Le incluimos en un directorio de hospitales.
- Brindamos atención de salud mental.
- Comercializamos nuestros servicios.
- Recaudamos fondos.

## Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Le brindamos tratamiento.
- Gestionamos nuestra organización.
- Facturamos sus servicios.
- Ayudamos con problemas de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones.
- Mejoramos la atención médica.
- Cumplimos con la ley.

- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un examinador médico o director funerario.
- Atendemos las solicitudes relacionadas con la compensación para trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones judiciales.
- Participamos en intercambios de información médica (*Health Information Exchanges*, HIE)

Podemos utilizar herramientas de inteligencia artificial (“IA”) para los fines descritos en este Aviso de acuerdo con las Normas dispuestas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) y demás leyes aplicables.

## Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### Obtener una copia electrónica o impresa de sus registros médicos y de facturación

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o impresa de sus registros médicos y de facturación, así como otra información médica que tengamos sobre usted, excepto las notas de psicoterapia. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 15 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.
- Puede haber ocasiones en las que no permitamos el acceso a algunos registros, o es posible que no podamos proporcionarlos de la forma que usted desee. Se lo informaremos si este es el caso.

### Pedirnos que corrijamos su registro médico

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que usted crea que está incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decirle “no” a su solicitud, pero le informaremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a un teléfono particular o laboral) o que envíemos un correo postal a otra dirección.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

**Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si hacerlo afectaría su atención o seguridad.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica totalmente en efectivo, puede pedirnos que no compartamos dicha información con fines de pago u operaciones con su asegurador médico. Diremos “sí” a menos que una ley nos exija que compartamos dicha información.

**Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede pedirnos una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante seis años antes de la fecha de su solicitud, de con quién la compartimos y por qué.
- Incluiríremos todas las divulgaciones salvo aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones específicas (como, por ejemplo, cualquiera que nos haya solicitado que hagamos). Proporcionaremos un recuento contable al año de forma gratuita, pero cobraremos un cargo razonable basado en los costos si nos pide otro dentro de los 12 meses.

**Obtener una copia de este Aviso**

Puede pedirnos una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso por vía electrónica. Le entregaremos una copia impresa de inmediato.

**Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si le ha otorgado a alguien un poder legal médico o si alguien es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la información médica de usted.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Presentar una queja si considera que se violan sus derechos**

- Usted puede quejarse si considera que hemos violado sus derechos, comunicándose con nosotros usando la información que aparece en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (*Department of Health and Human Services Office for Civil Rights*) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [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 médica, puede informarnos sus preferencias sobre lo que compartimos.** Si tiene una clara preferencia sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Infórnenos qué desea que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de informarnos si desea lo siguiente:

- Que compartamos información con su familia, amigos cercanos o terceros involucrados en su atención.
- Que compartamos información en una situación de socorro en caso de desastre.
- Que incluyamos su información en un directorio de hospital.

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

En los siguientes casos, nunca compartiremos su información a menos que antes nos otorgue un permiso por escrito:

- Fines de comercialización.
- Venta de su información (no vendemos su información, pero estamos obligados a informarle que primero se requeriría su permiso).
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

En caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por iniciativas de recaudación de fondos, pero usted puede informarnos que no desea que lo contacten nuevamente.

Límites de uso y divulgación de Registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD): Si bien no operamos programas de la Parte 2, podemos recibir y mantener registros de trastornos por consumo de sustancias (*Substance Use Disorder*, SUD) de los programas de la Parte 2.

- Es posible que se le pida que firme un consentimiento que permita el uso o intercambio futuro de sus registros de la Parte 2 para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Si usted da su consentimiento, el destinatario podrá volver a divulgar sus registros de la Parte 2 según lo permita la HIPAA sin que sea necesario su consentimiento adicional.
- No utilizaremos ni compartiremos los registros de la Parte 2 para ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra sin su consentimiento por escrito o una orden judicial. Solo podemos compartir los registros de conformidad con una orden judicial después de que usted y nosotros recibamos una notificación y tengamos la oportunidad de ser escuchados. Cualquier orden judicial que autorice dicho uso o divulgación debe ir acompañada de una citación u otra orden legal que exija la entrega de los registros antes de su uso o difusión.
- Sus registros de la Parte 2 serán desprovistos de identificación antes de utilizarse con fines de salud pública si no obtenemos su consentimiento.
- Solo utilizaremos o compartiremos sus registros de la Parte 2 para recaudar fondos si primero le hemos dado la opción de optar por no recibir comunicaciones relacionadas con la recaudación de fondos.
- En caso de emergencia médica, podemos divulgar sus registros de la Parte 2 al personal médico sin su consentimiento.
- Usted puede solicitar un informe de cuándo y por qué compartimos su información de la Parte 2 durante un periodo de hasta tres años antes de la fecha de su solicitud. Las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica se incluirán únicamente si se efectúan a través de una historia clínica electrónica.
- Puede solicitar una lista de las divulgaciones realizadas por un intermediario durante el mismo periodo de tres años. En ella se incluirán detalles sobre las partes con las que se han compartido los registros.
- Puede revocar su consentimiento en cualquier momento poniéndose en contacto con nosotros.

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

### **Le brindamos tratamiento**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.

*Ejemplo: Un médico que le brinda tratamiento para una lesión consulta a otro médico sobre su estado de salud en general.*

### **Gestionamos nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted según sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos su información médica para gestionar su tratamiento y sus servicios.*

### **Facturamos sus servicios**

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener un pago de sus planes de salud u otras entidades.

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

## **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

Podemos o debemos compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien común, como por ejemplo a la salud pública e investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para más información, consulte:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).**

### **Ayudamos con problemas de seguridad y salud pública**

Podemos compartir información médica sobre usted en ciertas situaciones como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con retiros de productos.
- Informe de reacciones adversas a medicamentos.
- Informe de presunto abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.

### **Realizamos investigaciones**

Podemos usar o divulgar su información para fines de investigación, pero solo según lo permitido en virtud de la ley federal y estatal. Por ejemplo, podemos acceder a su información para diseñar un proyecto de investigación o comunicarnos con usted en relación con la participación en una actividad de investigación. Sin embargo, antes de que se utilice su información, la mayor parte de la investigación es aprobada por un organismo de supervisión

conocido como Junta de Revisión Institucional (*Institutional Review Board*, IRB) a través de un proceso de revisión. También podemos desproveer de identificación la información sobre usted o su atención, y usar o divulgar dicha información en la investigación.

### **Mejoramos la atención médica**

Podemos recopilar y utilizar sus datos biométricos con el fin de mejorar la atención médica (p. ej., para desarrollar la atención y el tratamiento del paciente). No recopilaremos, conservaremos ni divulgaremos la información sin antes solicitar su consentimiento.

Su sangre o tejido restantes también pueden usarse, sin necesidad de vincularlos con usted de ningún modo, a menos que elija excluirse. Avísenos saber si desea excluirse de forma voluntaria.

### **Cumplimos con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

### **Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

### **Trabajamos con un examinador médico o director funerario**

Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director funerario cuando una persona muere.

### **Atendemos las solicitudes relacionadas con la compensación para trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos usar o compartir su información médica acerca de usted:

- Para reclamaciones de la compensación para trabajadores.
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado del cumplimiento de la ley.
- Con organismos de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios de protección presidencial, militares y de seguridad nacional.

### **Respondemos a demandas y acciones judiciales**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Participamos en intercambios de información médica (HIE)**

Participamos en intercambios de información médica, en los que podemos compartir por vía electrónica su información médica con otros proveedores o entidades sanitarias según lo permita la ley, lo que ayuda a mejorar la coordinación de la atención y otros fines permitidos por las Normas dispuestas por la HIPAA o exigidos por la ley. Si prefiere no compartir su información a través de los HIE para fines no exigidos por la ley, puede excluirse de forma voluntaria poniéndose en contacto con la Oficina de Privacidad de UT Health Austin.

### **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información distinta de la descrita aquí, a menos que nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si nos informa que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://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 los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

### **Fecha de entrada en vigor**

Febrero de 2026

### **Comuníquese**

Si tiene preguntas o inquietudes sobre este Aviso o desea ejercer cualquiera de sus derechos en virtud de este Aviso, comuníquese usando la siguiente información:

#### **UTHealth Austin Privacy Officer**

1501 Red River Street, Mail Code: Z0100, Austin, Texas 78712

[dellmedcompliance@austin.utexas.edu](mailto:dellmedcompliance@austin.utexas.edu)

512-495-5146

## Divulgación de información para residentes de bajos recursos

Formamos parte del OHCA de CCC, que es un Acuerdo de Atención Médica Organizada (*Organized Health Care Arrangement*, OHCA) de Community Care Collaborative (CCC), y esta sección se aplica al OHCA de CCC y lo describe. El OHCA de CCC es un sistema organizado de atención médica en el que los siguientes proveedores y planes de atención médica independientes participan en actividades conjuntas, como actividades de mejora de la calidad o de pago:

- The Community Care Collaborative.
- Travis County Healthcare District d/b/a Central Health.
- The Seton Healthcare Family.
- Lone Star Circle of Care.
- People's Community Clinic.
- Central Texas Community Health Centers d/b/a CommUnityCare.
- Austin Travis County Integral Care.
- El Buen Samaritano.
- Otros médicos, clínicas comunitarias y proveedores de atención médica que brindan tratamiento en centros clínicos del proveedor; y ciertos planes de salud participantes que pagan servicios de atención médica para personas de bajos recursos, incluidos entre otros, los planes Sendero Health Plans.

Si cumple con ciertos umbrales de ingresos, en función de la información financiera que haya proporcionado y nuestras pautas financieras, nosotros y los demás planes y proveedores de atención médica que participan en el OHCA de CCC compartiremos información de salud, de facturación y otra información médica sobre usted con terceros según sea necesario para el tratamiento, pago y ciertas actividades de operaciones de atención médica y según lo permita la ley y esta notificación.

Usted recibe este Aviso porque consideramos que su información se compartirá a través del OHCA de CCC. Puede encontrar más información sobre el OHCA de CCC aquí:

<https://www.ccc-ids.org/projects/health-it/organized-health-care-arrangement/>