

## **POSITIVE IMPACT HEALTH CENTERS (PIHC)**

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

*Vigente a partir del 6 de mayo de 2026*

*Este aviso reemplaza todas las versiones anteriores*

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información. Revíselo con atención.

*Usted tiene derecho a obtener una copia de este aviso en formato impreso o electrónico en cualquier momento.*

**IMPORTANTE: Protecciones especiales para cierta información de salud:** Las leyes de Georgia y federales brindan mayor protección a ciertas categorías de información de salud, incluyendo el estado de VIH/SIDA, los registros de tratamiento por trastornos por uso de sustancias (942 CFR Parte 2), los registros de salud mental y los registros de abuso de alcohol o drogas. PIHC no divulgará esta información especialmente protegida sin su autorización por escrito, salvo que lo exija la ley o según se describa en este Aviso.

### **SECCIÓN I – SUS DERECHOS**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted. Para ejercer cualquiera de estos derechos, envíe una solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad a la dirección que figura a continuación. .

#### **Derecho de acceso y copia de sus registros**

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información de salud que se mantiene en un conjunto de registros designado, que incluye sus registros médicos, de salud mental y de facturación. Normalmente le facilitaremos una copia o un resumen en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Si sus registros se conservan electrónicamente, puede

solicitar una copia electrónica. También puede indicarnos que enviemos una copia a otra persona.

Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en los costos, por las copias. El acceso solo podrá restringirse en circunstancias excepcionales, como cuando el acceso pudiera causar un daño grave a usted o a otra persona, o cuando los registros consistan en notas de psicoterapia que se mantengan por separado.

#### **Derecho a solicitar una corrección (enmienda)**

Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar una modificación. Podemos denegar su solicitud si no hemos creado la información o si determinamos que es precisa y completa. En caso de denegación, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo. Podemos preparar una refutación y le facilitaremos una copia.

#### **Derecho a que le rindan cuentas de las divulgaciones**

Puede solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud durante los 6 años anteriores a su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas realizadas para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones que usted nos solicitó que hiciéramos. Le proporcionaremos un informe de rendición de cuentas al año sin cargo alguno; Las consultas adicionales realizadas dentro de un período de 12 meses pueden generar un cargo razonable.

#### **Derecho a solicitar restricciones**

Usted puede solicitar que limitemos la forma en que usamos o divulgamos su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que la restricción se aplique a las divulgaciones a un plan de salud para fines de pago u operaciones y usted haya pagado el servicio en su totalidad de su propio bolsillo; en ese caso, debemos respetar su solicitud. Si

aceptamos una restricción y usted posteriormente necesita tratamiento de emergencia, podemos divulgar su información en la medida en que sea necesario para dicha atención.

#### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, solo por teléfono celular) o en un lugar específico. Atenderemos todas las solicitudes razonables. No le pediremos que explique el motivo de su solicitud.

#### **Derecho a ser notificado de una violación de seguridad**

En caso de que se produzca una violación de la seguridad de su información de salud protegida no cifrada, estamos obligados a notificarle de inmediato, incluyendo lo sucedido, qué información se vio afectada y qué medidas puede tomar para protegerse.

#### **Derecho a designar un representante personal**

Si alguien tiene autoridad legal para actuar en su nombre, por ejemplo, mediante un poder notarial médico o una tutela legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Verificaremos dicha autorización antes de tomar cualquier medida.

#### **Derecho a obtener una copia de este aviso**

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa o electrónica de este Aviso en cualquier momento, incluso si previamente aceptó recibirlo electrónicamente.

### **II. SUS OPCIONES**

Para el uso posterior de su información de salud, usted tiene derecho a indicarnos sus preferencias. Seguiremos sus instrucciones.

#### **Compartir su información con familiares, amigos y otras personas involucradas en su cuidado**

A menos que usted se oponga, podemos compartir información relevante con familiares, amigos

cercanos u otras personas que estén directamente involucradas en su atención o que ayuden a pagar su atención. Si no puede comunicarnos su preferencia (por ejemplo, en caso de emergencia), podemos compartir información si creemos que es lo mejor para usted.

#### **Ayuda en caso de desastre**

Podemos compartir su información con organizaciones de ayuda en casos de desastre para colaborar en las labores de socorro. Le brindaremos la oportunidad de aceptar o rechazar siempre que sea posible.

#### **Recaudación de fondos**

Es posible que nos pongamos en contacto con usted para informarle sobre actividades de recaudación de fondos que apoyen la misión de PIHC. Usted tiene derecho a optar por no recibir futuras comunicaciones de recaudación de fondos. Cada solicitud incluirá instrucciones sobre cómo darse de baja y respetaremos todas las solicitudes de baja.

*Nota: Si poseemos registros sobre trastornos por consumo de sustancias relacionados con usted, sujetos a la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Parte 2), le daremos un aviso claro y la opción de elegir antes de utilizar esa información para la recaudación de fondos.*

Usos que requieren su autorización por escrito: No utilizaremos ni compartiremos su información de salud para los siguientes fines sin su autorización por escrito, la cual puede revocar en cualquier momento:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia
- Fines de marketing, incluidas las comunicaciones sobre tratamientos subvencionados
- Venta de su información de salud
- Cualquier otro uso o divulgación no descrito en este Aviso

### **SECCIÓN III CÓMO USAMOS Y DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD**

#### **Usos rutinarios: no se requiere autorización**

##### **Tratamiento**

Utilizaremos y compartiremos su información de salud para proporcionarle, coordinar y gestionar su atención médica. Esto incluye compartir información con médicos, enfermeras, farmacéuticos, profesionales de la salud mental y otros miembros de su equipo de atención que la necesiten para tratarle.

*Ejemplo: Su médico de atención primaria en PIHC comparte los resultados de sus análisis con su especialista en VIH para coordinar su atención.*

##### **Pago**

Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturarle y recibir el pago por los servicios que le hemos prestado. Esto incluye presentar reclamaciones a su compañía de seguros, verificar la elegibilidad y revisar los servicios para determinar si son médicamente necesarios. En caso de que sea necesario emprender procesos de recopilación de datos, solo divulgaremos la cantidad mínima de información requerida.

*Ejemplo: Presentamos una reclamación a su compañía de seguros describiendo los servicios que recibió para que cubra los gastos de su atención médica.*

##### **Operaciones de atención médica**

Podemos usar y compartir su información de salud para respaldar nuestras actividades comerciales, incluyendo la evaluación de la calidad, la capacitación del personal, la obtención de licencias, las actividades de cumplimiento y la organización de servicios con socios comerciales que han firmado acuerdos que les exigen proteger su información.

*Ejemplo: Utilizamos la información sanitaria para evaluar la calidad de la atención prestada por nuestro personal clínico.*

#### **Otras divulgaciones permitidas: no se requiere autorización**

Las leyes federales y estatales nos permiten o nos exigen usar y divulgar su información de salud sin su autorización en las siguientes circunstancias. En todos los casos, solo divulgamos la información mínima necesaria.

##### **Requerido por ley**

Divulgaremos su información de salud cuando así lo exija la ley federal, estatal o local, incluso al Secretario de los Estados Unidos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos investigará nuestro cumplimiento con la HIPAA.

##### **Salud y seguridad pública**

Por ley, podemos divulgar su información de salud a una autoridad de salud pública para los siguientes fines:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Informar de reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar los casos sospechosos de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades competentes
- Prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad

##### **Actividades de supervisión de salud**

Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones y actividades de concesión de licencias.

##### **Procedimientos judiciales y administrativos**

Podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial, con su consentimiento por escrito o según lo exija la ley. Haremos todo lo posible por notificarle antes de realizar dichas divulgaciones.

### **Fuerzas del orden**

Podemos divulgar información de salud a las autoridades policiales según lo exija la ley, incluso en relación con la identificación de un sospechoso, una persona desaparecida o una víctima de un delito; denunciar un delito cometido en nuestras instalaciones; o en respuesta a una orden judicial o un proceso legal.

### **Fallecidos**

Podemos divulgar información sobre pacientes fallecidos a un forense, médico legista o director de funeraria, o a un familiar o amigo involucrado en el cuidado del paciente, según lo permita la ley. La información médica de personas fallecidas hace más de 50 años no está protegida por la HIPAA.

### **Denuncia de abuso y negligencia**

La ley de Georgia nos exige denunciar cualquier sospecha de maltrato infantil, maltrato a personas mayores o maltrato a adultos dependientes al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Georgia o a la División de Servicios para la Tercera Edad de Georgia.

### **Emergencias médicas**

Podemos utilizar y divulgar su información de salud al personal médico para prevenir daños graves en caso de emergencia médica. Le facilitaremos una copia de este Aviso tan pronto como sea razonablemente posible una vez resuelta la emergencia.

### **Investigación**

Podemos utilizar o compartir su información de salud para investigaciones sanitarias, sujeto a un proceso especial de revisión institucional o a su autorización por escrito, según lo exija la ley aplicable.

### **Funciones especiales del gobierno**

Podemos divulgar su información de salud a funcionarios autorizados para actividades relacionadas con la seguridad nacional, la inteligencia,

el mando militar y los servicios de protección presidencial, según lo permita la ley.

### **Compensación laboral**

Podemos divulgar su información de salud según lo exijan o autoricen las leyes de compensación laboral.

### **Donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir su información con organizaciones de obtención de órganos según lo permita la ley.

### **Permiso verbal**

Con su autorización verbal, podemos compartir información relevante con familiares u otras personas directamente involucradas en su tratamiento.

### **SECCIÓN IV – PROTECCIONES ESPECIALES SEGÚN LA LEY DE GEORGIA Y LA LEY FEDERAL**

PIHC presta servicios a pacientes cuya información de salud puede estar sujeta a protecciones legales más estrictas que los requisitos estándar de la HIPAA. Nos comprometemos a respetar todas las protecciones aplicables.

### **Información sobre el VIH/SIDA**

La ley de Georgia (OCGA § 21-12-21) brinda protecciones especiales para la información de salud relacionada con el VIH. PIHC no divulgará su estado serológico de VIH/SIDA, los resultados de las pruebas ni información relacionada sin su autorización por escrito, excepto cuando lo exija la ley (como la notificación obligatoria de salud pública) o según lo permita este Aviso.

**Registros de trastornos por consumo de sustancias – 42 CFR Parte 2** Si PIHC mantiene registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias sobre usted, dichos registros están protegidos por las regulaciones federales establecidas en 42 CFR Parte 2, además de la HIPAA. En la Parte 2:

- Por lo general, requerimos su consentimiento por escrito antes de usar o compartir esos registros

para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- No podemos usar ni compartir sus registros de trastorno por uso de sustancias en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial acompañada de una citación o mandato legal similar.
- Si usted otorga un consentimiento general, ciertos destinatarios sujetos a la HIPAA podrán divulgar su información nuevamente según lo permita la HIPAA, pero sus registros aún no podrán ser utilizados en procedimientos legales en su contra sin su consentimiento o una orden judicial.
- Le avisaremos con antelación y le daremos la opción de recibir comunicaciones para la recaudación de fondos que utilicen la información de la Parte 2.

### **Registros de salud mental**

La ley de Georgia ofrece protecciones adicionales para los historiales de tratamiento de salud mental. La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia requieren su autorización por escrito. No divulgaremos su historial de tratamiento de salud mental sin su consentimiento por escrito, a menos que lo exija la ley o para prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

### **Registros de abuso de alcohol y drogas**

Además de las protecciones federales de la Parte 2 descritas anteriormente, la ley de Georgia proporciona protecciones adicionales para los registros de tratamiento por abuso de alcohol y drogas. PIHC cumplirá con todos los requisitos estatales y federales aplicables a dichos registros.

### **SECCIÓN V – NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.

- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- Le notificaremos de inmediato si ocurre una infracción que pueda haber puesto en riesgo la privacidad o seguridad de su información de salud.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna otra forma que no sea la descrita en este Aviso, a menos que usted nos dé su autorización por escrito. Usted podrá revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento.
- Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a toda la información de salud que mantenemos. El aviso actualizado estará disponible previa solicitud, publicado en nuestras sucursales y en nuestro sitio web.

#### **SECCIÓN VI – CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si cree que PIHC ha violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante:

**Responsable de privacidad de PIHC: Heather Wademan**

Positive Impact Health Centers

2800 Century Parkway, Suite 550. Atlanta, GA 30345

Teléfono: (404) 977-5180

Correo electrónico: [Heather.Wademan@pihcga.org](mailto:Heather.Wademan@pihcga.org)

U.S. Department of Health and Human Services,  
Office for Civil Rights

200 Independence Avenue S.W., Washington D.C.  
20201

Teléfono: 1-877-696-6775

[www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint](http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint)

**No tomaremos represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja.**

#### **SECCIÓN VII – UBICACIONES DE PIHC**

523 Church Street, Decatur, GA 30030

(404) 589-9040

547 Church Street, Decatur, GA 30030

(404) 596-5984

3350 Breckinridge Boulevard, Suite 200, Duluth, GA  
30096 (770) 962-8396

1650 County Services Parkway, Marietta, GA 30008  
(770) 514-2464

1117 Battle Creek Road, Suite 1002, Jonesboro, GA  
30236 (678) 210-9450

2800 Century Parkway, Suite 550, Atlanta, GA 30345  
(404) 600-2420

Fecha de última revisión: 6 de mayo de 2026 | Este Aviso sustituye a todas las versiones anteriores emitidas por Positive Impact Health Centers.

Sitio web:

[www.pihcga.org](http://www.pihcga.org) | Para más información sobre la HIPAA:

[www.hhs.gov/hipaa](http://www.hhs.gov/hipaa) Marque todas las opciones que correspondan