

## Programa de Privacidad de la Información Médica Personal

*Este Programa de Privacidad explica como su información médica personal puede ser utilizada y revelado. Favor de revisar este aviso.*

**Propósito:** Cuando usted dona sangre, Gulf Coast Regional Blood Center recopila cierta información médica personal. Esta información es necesaria por el propósito de identificación, proteger el suministro de sangre, reclutar, encontrar donantes compatibles para los pacientes, pruebas y actividades de seguimiento, y otras actividades relacionadas con la donación que pueden ser necesarias para propósitos médicos o mandatos por la ley. Aunque The Blood Center no es una entidad cubierta por HIPAA (El Aviso de Práctica de Privacidad del Seguro de Salud), respetamos la confidencialidad de su información médica, sujeto a los usos necesarios que se incluyen en este documento, y protegeremos la privacidad de su información a lo mejor de nuestra capacidad y a la medida que se requiere por ley.

Este programa describe nuestras prácticas de privacidad y explica como usamos y mantenemos su información médica para asegurar la adecuación y seguridad de la sangre que usted a donado generosamente para los pacientes.

### Como Gulf Coast Regional Blood Center Puede Utilizar su Información Médica Personal

#### **Podremos utilizar su información médica personal para los siguientes propósitos y en las siguientes maneras:**

- \* Para mandarle avisos sobre sus citas.
- \* Para programar su próxima donación o para comunicarnos con usted para solicitar una donación de sangre.
- \* Para notificar al organizador de campañas de donación de sangre (si usted participe en una campaña patrocinado por su compañía), o para que el/ella se puede comunicar con usted si hay una necesidad urgente para su grupo sanguíneo.
- \* Para proveer información a una agencia de alivio de desastres, si acaso usted esta involucrado en un esfuerzo para el alivio de desastres.
- \* Para prevenir una amenaza seria a salud o seguridad.
- \* Para compartir información con proveedores de cuidado de salud involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, si eres un donante de sangre autóloga (dona su propia sangre para su uso exclusivo en una cirugía futura), estas donando sangre para una tratamiento terapéutico, o si usted esta bajo un procedimiento de aféresis terapéutico, podremos compartir información sobre sus resultados de pruebas medicas con su medico.
- \* Para cumplir operaciones internas, incluyendo, pero no limitados al, control de calidad, calidad eficaz, entrenamiento, evaluaciones de empleados, abogados e aseguradores para responsabilidad profesional o propósitos de la gestión de riesgos, o acuerdo de licencia o acreditación.
- \* Para cumplir operaciones de negocios a través de asociados del negocio, por ejemplo, para instalar una nueva sistema de computadoras requiriendo técnicos para tener acceso a récords.
- \* En caso de una emergencia médica, es posible que tendremos que notificar a un miembro de su familia o persona responsable para informarlos sobre su emergencia y proveer la información necesaria para hacer las decisiones para tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una reacción adversa a la donación de sangre, tendremos que explicar lo que sucedió y dar instrucciones sobre su cuidado a la persona que le llevará a casa o para recibir atención médica.
- \* Bajo circunstancias limitadas, tal ves tendremos que utilizar y revelar información por propósitos de investigación. Cada proyecto de investigación esta sujeto a un proceso de aprobación, y por lo general le preguntaremos por su autorización antes de usar su información médica personal.
- \* Según lo que se permite o se requiere por la ley. Por ejemplo,
  - La ley de Tejas permite que los bancos de sangre comparten cierta información para la seguridad del suministro de sangre y para los actividades relacionados con la salud del público,



incluyendo, pero no limitado a, otros bancos de sangre, agencias del estado para la prevención de enfermedades de donantes, heridas o discapacitados, reportando fallecimientos, reportando reacciones, problemas de productos, notificaciones de revocaciones, y control de enfermedades infecciosas.

- Actividades específicas de la supervisión de salud por parte de agencias acreditadas o del gobierno, por ejemplo, auditorías, inspecciones, investigaciones o licenciando.
- Proceso judiciales relacionados con demandas o discusiones.
- Actividades relacionadas con la ley, por ejemplo, en respuesta a un orden de la corte u otro proceso legal.
- A autoridades del ejército, si eres miembro del ejército o miembro de un ejército extranjero.
- Seguridad nacional y actividades de inteligencia nacional.
- Protección del presidente, otros individuos autorizados, o líderes de países extranjeros o para conducir investigaciones especiales.

\* Notificando al National Marrow Donor Program (Programa Nacional de la Donación de Medula Ósea), si usted ha consentido a participar en el programa.

\* Actividades para recaudar fondos por parte de The Blood Center, pero tal información será limitada a su nombre, dirección, y número de teléfono. Tendrás la opción de rechazar estas formas de comunicativos.

\* Informándole sobre la necesidad de sangre en su comunidad y animándole a continuar a ser un donante de sangre.

#### **Su Autorización se Requiere para Otros Divulgaciones de Información Personal.**

Con la excepción de lo que se describe en este documento o lo que se requiere por la ley, no vamos a utilizar o revelar su información médica personal si no nos da autorización por escrito para revelar la información por el propósito que autorices. Nos puede mandar una carta para revocar su autorización. La revocación será efectiva un día después de la fecha escrito en la carta.

#### **Tienes Opciones Con Respeto a su Información Médica.**

Usted puede escribir una carta para pedir una confidencialidad especial protegiendo su información médica. Sin embargo, tal vez allí algunas peticiones que no podremos satisfacer.

**Comunicaciones Confidenciales.** Puede elegir como le gustaría ser contactado (por ejemplo, teléfono o correo electrónico) o en un lugar específico, pero tendrá que especificar como y donde quiere recibir su comunicación.

**Copia de su Información Médica Personal.** Se puede pedir una copia de su historia médica. Es posible que le podamos preguntar por prueba de identificación y cobrarle un cargo por copiar, enviar por correo y por los materiales.

**Cambio al Programa de Privacidad.** Gulf Coast Regional Blood Center puede cambiar su Programa de Privacidad, y estos cambios se harán efectivos con respeto a la información médica que existe y cualquier información que recibirá en el futuro.

Si gusta, podremos mandarle una copia de este Programa de Privacidad.

#### **Quejas**

Si usted piensa que su privacidad fue violada, puede presentar una queja con The Blood Center en nuestra línea confidencial de cumplimiento y privacidad al 1-877-874-8420. No será penalizado ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja con The Blood Center. Contacto: Mandé un correo electrónico a [privacy@giveblood.org](mailto:privacy@giveblood.org) si gusta discutir su queja, o si usted tiene preguntas sobre el Programa de Privacidad. Peticiones escritas pueden ser enviadas al Privacy Program, Gulf Coast Regional Blood Center, 1400 LaConcha, Houston, Texas 77054.