



TRYON MEDICAL PARTNERS®

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Fecha de entrada en vigor: 5 de septiembre de 2018
Última revisión: 10 de febrero de 2026*

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. **LÉALO DETENIDAMENTE.**

QUIÉNES SE RIGEN POR ESTE AVISO

Por este Aviso se rige Tryon Medical Partners, PLLC y sus entidades cubiertas afiliadas (Affiliated Covered Entities, ACE), que incluyen centros de atención médica y otros proveedores que se encuentran bajo nuestra propiedad o control común. Los miembros de las ACE son Tryon Endoscopy Center, Gaston Medical Group y Mecklenburg Multispecialty Group, PLLC. Estos centros comparten información entre sí según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y otros fines descritos en este Aviso. Nuestros empleados, voluntarios y contratistas también se rigen por este Aviso al gestionar su información como paciente para nosotros o al prestar servicios de atención médica en nuestras sedes. Tenga en cuenta que los proveedores independientes son legalmente entidades separadas y responsables de sus propios actos; Tryon Medical Partners no es responsable de cómo estos brindan atención ni de cómo gestionan su información.

Tryon Medical Partners puede participar en acuerdos organizados de atención médica (Organized Health Care Arrangements, OHCA) de vez en cuando, incluida Tryon ACO, LLC. Gracias a estos acuerdos, podemos compartir información con otras entidades y proveedores que participan en un entorno clínicamente integrado. Hacemos esto para brindar una mejor atención y lograr mayor valor; para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; y para actividades conjuntas de las entidades y proveedores participantes. Consulte nuestra página de privacidad ingresando a tryonmed.com para obtener una lista actualizada y vigente de nuestra participación en dichos acuerdos.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene determinados derechos. En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le otorgaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general, en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable en función de los costos.

Solicitar que corrijamos su historia clínica

- Puede solicitarnos que corrijamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos negarnos a llevar a cabo su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su hogar o trabajo) o que enviemos correspondencia a otra dirección. Aceptaremos llevar a cabo todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información de salud para fines de tratamiento, pago u operaciones.
 - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarnos a llevarla a cabo si hacerlo afectara su atención.
- Si usted paga de su propio bolsillo la totalidad de un servicio o artículo de atención médica, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su compañía de seguros para fines de pago u operaciones.
 - Aceptaremos llevar a cabo su solicitud, salvo que la ley nos obligue a compartir esa información.

Obtener una lista de con quién hemos compartido su información

- Puede solicitar una lista (rendición de cuentas) de las ocasiones en que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, además de determinadas otras divulgaciones (como aquellas que usted nos haya solicitado realizar). Otorgaremos una lista por año de forma gratuita; si solicita otra en un período de 12 meses, podremos cobrar una tarifa razonable en función de los costos.

Obtener una copia de este Aviso de privacidad

- Puede obtener este Aviso de forma electrónica ingresando a nuestro sitio web. Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo de forma electrónica. Le otorgaremos una copia impresa.

Designar a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted ha otorgado un poder médico a otra persona o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Comprobaremos que dicha persona tenga la autoridad correspondiente y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos; para hacerlo, comuníquese con nosotros utilizando la información a continuación.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o ingresando a www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS PREFERENCIAS

Cuando se trata de determinada información de salud, usted puede indicarnos sus preferencias sobre qué información compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Indíquenos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.

Si usted no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En los siguientes casos, no compartiremos su información, salvo que usted nos otorgue una autorización por escrito:

- Fines de marketing que no se trate de comunicación cara a cara y obsequios promocionales.
- Venta de su información.
- Uso o divulgación de notas de psicoterapia para fines que no sean de tratamiento, capacitación o defensa de Tryon en una demanda iniciada por usted.
- Cualquier uso o divulgación no descrito en este Aviso, salvo que usted nos otorgue una autorización por escrito.
- Además, determinados tipos de información pueden contar con mayor protección conforme a las leyes federales o estatales, como determinada información sobre drogas y alcohol, VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles, información genética, información de salud mental o información sobre discapacidades del desarrollo. En el caso de este tipo de información, es posible que debamos obtener su autorización por escrito antes de divulgarla; podremos solicitar dicha autorización siempre que la ley lo permita.

Usted puede revocar una autorización de divulgación por escrito en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta al respecto, comuníquese con la funcionaria de privacidad de Tryon, cuya información de contacto aparece al final de este Aviso.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted en caso de iniciativas de recaudación de fondos, pero puede solicitarnos que no lo volvamos a hacer.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES**¿Cómo solemos utilizar o compartir su información de salud?**

Por lo general, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras, sin necesidad de obtener su consentimiento.

Para brindarle tratamiento

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.
- *Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión consulta a otro médico sobre su estado general de salud.*



Para hacer funcionar nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- *Ejemplo: utilizamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.*

Para facturar sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades.
- *Ejemplo: otorgamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.*

¿De qué otras formas podemos utilizar o compartir información de salud? Se nos permite o exige compartir su información en otras circunstancias, por lo general, para fines que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir varias condiciones legales antes de compartir su información para estos fines. Para obtener más información, ingrese a <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

Para contribuir con cuestiones de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información de salud en caso de situaciones tales como:
 - Prevención de enfermedades e informe de inmunizaciones
 - Retiros de productos del mercado
 - Informe de reacciones adversas a medicamentos
 - Informe de sospecha de maltrato, negligencia o violencia doméstica
 - Catástrofes y ayuda en casos de catástrofes
 - Prevención de amenazas graves para su salud o seguridad o las del público

Para llevar a cabo investigaciones

Podemos utilizar su información para llevar a cabo investigaciones destinadas a desarrollar conocimiento que pueda beneficiarle, o bien contribuir a que esto suceda. Todos los proyectos de investigación pasan por un proceso especial de aprobación que equilibra las necesidades de investigación con su privacidad y seguridad. Podemos divulgar su información a investigadores únicamente para que preparen la investigación. Los investigadores no se comunicarán con usted sin su autorización expresa. Para saber con quién compartimos su información para llevar a cabo una investigación, consulte nuestra página de privacidad ingresando a tryonmed.com.

Para cumplir con la ley

- Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea comprobar nuestro cumplimiento de la ley federal de privacidad.

- También podemos divulgar información sobre usted relacionada con actividades militares y de veteranos, seguridad nacional, actividades de inteligencia, servicios de protección al presidente y determinaciones de aptitud médica del Departamento de Estado.

Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

Para trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información de salud con un médico forense o director funerario cuando un paciente fallece.

Para abordar cuestiones de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información de salud para lo siguiente:
 - Reclamaciones de compensación laboral
 - Fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de las fuerzas del orden
 - Actividades autorizadas por la ley realizadas por organismos de supervisión de salud

Para responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Registros electrónicos e intercambios de información de salud

- Su información de salud se almacenará en nuestra historia clínica electrónica. La historia clínica que conservamos puede incluir información de otros proveedores de atención médica que participen en intercambios de información de salud o redes clínicamente integradas. Gracias a esto, todos sus proveedores de atención médica, incluida Tryon, pueden intercambiar información de salud para fines de tratamiento.
- Tryon puede otorgar su información de atención médica en los intercambios de información de salud (Health Information Exchanges, HIE) en los que participe.
- Un HIE es una base de datos donde otros proveedores de atención médica pueden acceder a su información médica desde donde se encuentren, siempre que sean miembros del HIE. Estos proveedores pueden incluir a sus médicos, centros de enfermería, organismos de atención médica a domicilio u otros proveedores que lo atiendan.
 - Por ejemplo, usted puede estar de viaje y tener un accidente en otra parte del estado. Si el médico que lo atiende es miembro de un HIE en el que nosotros participamos, podrá acceder a la información sobre usted que se haya incorporado. El acceso a información (como antecedentes médicos, alergias o recetas) en un HIE puede ayudar a su médico a brindarle atención rápida y debidamente informada.



Para saber en qué HIE participa Tryon, consulte nuestra página de privacidad ingresando a tryonmed.com.

En caso de recibirla, ¿cómo gestionamos su información de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias (SUD)?

Si recibimos registros de trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) de un programa en virtud del título 42, parte 2, del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) ("Programa de la parte 2") conforme a un consentimiento general para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podremos utilizar y divulgar dichos registros para esos fines según lo descrito en este Aviso. No utilizaremos ni divulgaremos registros de la Parte 2 en procedimientos legales en su contra sin su consentimiento o una orden judicial con notificación.

Exclusión de todo intercambio de registros

Si no desea que su información médica se comparta con ningún otro proveedor de atención médica, solicítenos los formularios para solicitar la exclusión de la participación en el intercambio de registros. Después de que presente los formularios, puede tardar varios días en que la exclusión surta efecto. Tenga en cuenta que, si procede con la exclusión, sus proveedores pueden no contar con la información más reciente sobre usted, lo que podría afectar su atención.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Por ley, debemos mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le notificaremos de inmediato si se produjera una violación que podría haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso, y le otorgaremos una copia de esta política previa solicitud.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra forma que no sea la descrita en este Aviso, salvo que usted nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos autoriza a hacerlo, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, ingrese a www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos modificar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Tryon Medical Partners, PLLC

5960 Fairview Road
Suite 500
Charlotte, NC 28210

Funcionaria de privacidad: Katie Dever, 704 489 3376

