

# AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y  
DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED  
PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA.

LÉALO CON MUCHA ATENCIÓN

VIGENTE A PARTIR DEL:  
16 DE FEBRERO DE 2024

Si tiene alguna pregunta o solicitud, comuníquese con el funcionario de  
Privacidad de ECU Health llamando al **252-847-6545** o **escribiendo a**  
**P.O. Box 6028, Greenville, NC 27835-6028.**



## Presentación general

Por ley debemos mantener la privacidad de su información de salud protegida (*Protected Health Information*, PHI por sus siglas en inglés) e informarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Las referencias a “ECU Health” en este aviso se refieren a ECU Physicians y University Health Systems of Eastern North Carolina, Inc. (y a todas sus entidades afiliadas con la excepción de ECU), juntas como una Entidad Cubierta Afiliada. Las Entidades Cubiertas Afiliadas (ACE, por sus siglas en inglés), son un grupo de organizaciones bajo propiedad o control común que se designan así mismas como una Entidad Cubierta Afiliada para el propósito de cumplir con La Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPPA, por sus siglas en inglés). ECU Health, los miembros de su equipo, su personal médico, así como los miembros de las entidades cubiertas afiliadas que participan en la prestación o coordinación de sus cuidados médicos deben cumplir con los términos de este Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad. (“Aviso”). Los miembros de la ACE compartirán la PHI entre sí para el tratamiento, la compensación, y las operaciones de la atención médica de la ACE y según lo permitido por HIPAA y este Aviso. Para obtener una lista completa de las entidades cubiertas afiliadas, comuníquese con un funcionario de Privacidad de ECU Health.

## Nuestras prácticas de privacidad

ECU Health, al ser un importante centro de salud docente, se esfuerza por apoyar a las comunidades médicas locales y por trabajar conjuntamente con los proveedores de salud de toda la región para ofrecer una atención de calidad. Para esto, debemos utilizar y compartir su información de forma interna y con nuestros proveedores y las agencias que participan en su atención. Su privacidad es importante para nosotros y es nuestra política respetarla mientras sea nuestro paciente. En este Aviso se describen los mecanismos para proteger su información y sus derechos en virtud de la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). Estamos obligados a proteger la privacidad de su información de salud que permita su identificación. Debemos informarle cuáles son nuestras

obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI para:

- Mantener la privacidad de su información de salud tal como se describe en este Aviso
- Informarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud
- Cumplir con los términos del Aviso en vigencia

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

El detalle incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección, si está disponible) de la persona u organización que recibió la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la misma. Puede obtener un detalle de las divulgaciones sin cargo cada 12 meses; posteriormente, es posible que se aplique una tarifa. En la mayoría de los casos, le enviaremos un detalle de las divulgaciones en un plazo de 60 días. Si necesitamos 30 días más, se lo haremos saber. Para solicitar dicha lista, póngase en contacto con el departamento de expedientes médicos de su proveedor de salud.

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso y a implementar las nuevas disposiciones que tendrán efecto sobre toda la PHI con que contamos. Si modificamos el Aviso, le enviaremos una copia cuando usted lo solicite.

### ***Usted puede presentar una queja formal acerca de nuestras prácticas de privacidad***

Si usted cree que hemos infringido sus derechos de privacidad o si desea presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede ponerse en contacto con el funcionario de Privacidad de ECU Health:

**HIPAA Privacy Officer (funcionario de Privacidad)  
ECU Health  
PO Box 6028  
Greenville, NC 27835**

**Número telefónico: 252-847-6545**

Todas las quejas serán investigadas para intentar resolver cualquier problema que usted pudiera tener. También puede enviar una queja formal por escrito al secretario(a) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América (*United States Secretary of the Department of Health and Human Services*). Si usted presenta una queja formal, no tomaremos ninguna represalia en su contra, ni cambiaremos nuestra forma de atenderlo de ninguna manera.

ECU Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Para obtener más información, ingrese a <https://allin.ecuhealth.org/wp-content/uploads/2022/10/2022-Nondiscrimination-and-Accessibility-Requirements-Notice.pdf>

## **Cómo podemos usar y divulgar su PHI**

### ***Podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización en las siguientes circunstancias:***

#### ***(1) Para prestarle atención médica***

Podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para brindar, coordinar o gestionar su atención médica y servicios conexos. Esto puede incluir comunicarnos con otros proveedores de atención médica para obtener información sobre su tratamiento, así como coordinar y gestionar su atención médica con terceros. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI cuando necesita una receta médica, un análisis de laboratorio, unas radiografías u otros servicios de salud. Además, podemos usar y divulgar su PHI en caso de remitirlo a otro proveedor de atención médica.

Podemos poner su información a disposición de otros proveedores de atención médica que la soliciten a través de la función *Care Everywhere* de nuestro sistema de expedientes médicos electrónico, el *North Carolina HealthConnex*, o a través de intercambios de información de salud. Los pacientes tienen el derecho a optar por la exclusión voluntaria del intercambio de información de salud electrónica al completar el formulario de exclusión, informándolo al personal de registro o llamando al funcionario de Privacidad de ECU Health. Si usted elige que su PHI no sea compartida, los proveedores deberán solicitar y recibir su información utilizando otros métodos, tales como fax o correo.

#### ***(2) Para obtener el pago por los servicios prestados***

En general, podemos usar y divulgar su información médica a terceros que se dedican a emitir facturas y a cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. Podemos compartir información sobre estos servicios con la(s) compañía(s) de seguro médico antes de que usted reciba los servicios programados, con el fin de solicitar cobertura por medio de su plan o póliza y de recibir autorización de pago. También podemos compartir cierta información médica con los siguientes:

- Departamentos de facturación
- Departamentos u organizaciones de cobranza
- Planes de salud y compañías de seguros médicos que le brindan cobertura y los representantes de las mismas
- Departamentos del hospital que evalúan la calidad y el costo de la atención médica que recibió

- Organizaciones que mantienen información crediticia sobre los consumidores (p.ej., entidades que proporcionan información sobre la solvencia crediticia de empresas e individuos)

**Ejemplo:** Digamos que usted se fracturó una pierna. Es posible que tengamos que darle información a su(s) compañía(s) de seguro médico acerca de su estado de salud, los insumos médicos utilizados (yeso para enyesarle la pierna, muletas) y los servicios que recibió (tales como radiografías o cirugía). Esta información se envía al departamento de facturación y a su plan de seguro médico para que la factura sea pagada o para que usted pueda ser reembolsado.

### **(3) Para operaciones de atención médica**

Podemos usar y divulgar su PHI en el curso de nuestra actividad comercial, lo que denominamos “operaciones de atención médica”. Estas operaciones de atención médica nos permiten mejorar la calidad de la atención que prestamos y reducir los costos de la misma. Por ejemplo, podemos observar la información del paciente para evaluar el desempeño del personal, planificar nuevos servicios, identificar nuevas ubicaciones de prestación de servicios o enviar encuestas sobre su experiencia. También podemos usar la información del paciente para capacitar a estudiantes y miembros del equipo, responder a organismos de gobierno, respaldar nuestras licencias, analizar datos, así como para fines legales y de otro tipo. Además, podemos compartir su información con otros proveedores que tengan una relación con usted para que lleven a cabo sus propias actividades relacionadas con la atención médica. Asimismo, podemos usar y divulgar su PHI al desempeñar ciertas actividades comerciales por separado o como parte de nuestra participación en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (*Organized Health Care Arrangement*, OHCA, por sus siglas en inglés) con los miembros acreditados y privilegiados de nuestro personal médico.

### **(4) Para brindarle información sobre citas, volver a surtir sus recetas, y sus opciones de tratamiento**

Podemos comunicarnos con usted para recordarle sobre sus citas de atención médica, o para enviarle un recordatorio de un nuevo surtido de sus recetas. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre las opciones de tratamiento, servicios o productos que podrían interesarle. Por ejemplo, si tiene diabetes, podríamos informarle sobre los servicios nutricionales que podrían ayudarle.

divulgaciones al secretario(a) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), así como los usos y divulgaciones descritas en las secciones anteriores de este Aviso.

### **Usted tiene derecho a ver y recibir una copia de su PHI**

Usted tiene derecho a presentar una solicitud para ver y recibir una copia de la PHI incluido en su historial médico, registros de facturación u otros que se utilizaron para tomar decisiones acerca de usted. Dicha información podría tener un costo adicional. En lugar de entregarle una copia completa de la PHI, le podríamos entregar un resumen o explicación de su información, si usted acepta de antemano el formato y el costo de dicho resumen o explicación. En ciertas situaciones, no estamos obligados a dar cumplimiento a su solicitud. En ese caso, le contestaremos por escrito, explicándole por qué no podemos satisfacer su solicitud, así como los derechos que pudiera tener en caso de apelar nuestra denegación. Para ver y recibir una copia de su PHI, póngase en contacto con el departamento de expedientes médicos de su proveedor de salud.

### **Usted tiene derecho a solicitar que se enmiende su PHI**

Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI si considera que es incorrecta o está incompleta. Debe hacer su solicitud por escrito y debe explicar por qué desea que se aplique el cambio. Podemos denegar su solicitud en ciertas situaciones. Si denegamos su solicitud, le explicaremos por escrito las razones y le haremos saber cómo proporcionar una declaración escrita para expresar su desacuerdo con nuestra decisión.

### **Usted tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones que hemos hecho**

Usted tiene derecho a recibir una lista escrita sobre ciertas divulgaciones de su PHI. Puede solicitar divulgaciones hechas hasta seis (6) años antes de su solicitud. No estamos obligados a incluir información divulgada:

- Para su tratamiento
- Para facturación y cobranza del pago de su tratamiento
- Para nuestras operaciones de atención médica
- Solicitudes hechas por usted, que usted autorizó o que se hicieron a personas involucradas en su cuidado, y
- Según la ley lo permita

## **Sus derechos en virtud de este Aviso**

### **Derecho a notificación de una violación**

Usted tiene derecho a solicitar ser notificado en caso de que haya una violación de su información de salud protegida que no esté salvaguardada.

### **Derecho a recibir una copia escrita de este Aviso**

Tiene derecho a recibir una copia escrita de este Aviso, cuando lo solicite, aún si usted estuvo de acuerdo en recibir el Aviso en forma electrónica. Este Aviso también puede encontrarlo en nuestro sitio web [www.ECUhealth.org](http://www.ECUhealth.org).

### **Derecho a solicitar diferentes formas de comunicación con usted**

Normalmente le contactaremos por teléfono o por correo a su domicilio. Usted puede solicitar que le contactemos por métodos alternos o en ubicaciones alternas. Si su solicitud es razonable, procederemos según lo solicitado. Atenderemos las solicitudes razonables, pero, cuando sea apropiado, podemos condicionar esa adaptación a que nos proporcione información sobre cómo pagaría ese servicio, en caso de que hubiera algún cargo. Puede solicitar otras vías de comunicación notificando a la persona encargada de su registro o a su proveedor de atención médica.

*Todos los siguientes derechos requieren que usted presente una solicitud escrita ante nosotros. Si desea ejercer cualquiera de estos derechos, comuníquese con el funcionario de Privacidad de ECU Health que aparece en la primera y en la última página de este Aviso.*

### **Tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su PHI**

Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso y divulgación de información sobre su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No tenemos la obligación de cumplir con su solicitud de restricciones excepto en circunstancias limitadas en las que usted o alguien más en nombre suyo paga por un insumo o servicio y usted solicita que la información relacionada con ese insumo o servicio no sea divulgada a un seguro médico. Sin embargo, aun cuando aceptemos su solicitud de restricción, existen ciertas circunstancias en las que no se nos permite cumplir dicha solicitud. Esas circunstancias incluyen tratamientos de emergencia,

### **(5) Para actividades de recaudación de fondos**

Podemos usar su información de salud para comunicarnos con usted sobre programas de donación a ECU Health. También podemos compartir su información de salud con una fundación relacionada que podría comunicarse con usted para recaudar fondos destinados a un tratamiento o a una causa relacionada, como nuestro Hospital Infantil. Si prefiere no recibir las comunicaciones sobre recaudación de fondos, llame al 252-847-6545 o escriba a ECU Health a: P.O. Box 6028, Greenville, NC 27835-6028. Proporcione su nombre completo y dirección.

### **(6) A nuestros socios comerciales**

Prestamos algunos servicios a través de otras empresas que llamamos “socios comerciales”. Es posible que les proporcionemos su información de salud a dichos socios comerciales para que puedan realizar las tareas que les solicitemos. Por ejemplo, podríamos usar un servicio de fotocopiado para hacer copias de los expedientes médicos solicitados. Cuando este sea el caso, le exigiremos al socio comercial relevante que proteja su información de salud.

### **(7) Desidentificación de la información de salud**

Podemos usar su información de salud para crear información “desidentificada” que no sea identificable para ningún individuo de acuerdo con la HIPAA. También podemos divulgar su información de salud con algún socio comercial con el propósito de crear información desidentificada, sin importar si usamos o no la información desidentificada.

### **(8) Conjunto de datos limitados.**

Podemos usar su información de salud para crear un conjunto de datos limitados (información de salud a la que se le han eliminado ciertos datos de identificación). También podemos divulgar su información de salud con algún socio comercial con el propósito de crear un conjunto de datos limitados, sin importar si usamos o no el conjunto de datos. Podemos usar y divulgar un conjunto de datos limitados solamente para propósitos de investigación, salud pública, o para propósitos de las operaciones de la atención médica, y cualquier persona que reciba dicho conjunto de datos limitados debe firmar un acuerdo para proteger la información.

### **(9) Con el intercambio electrónico de información de salud (Electronic Health Information Exchange, “HIE”)**

Podemos participar en ciertos intercambios electrónicos de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) que permitan que los proveedores de atención médica u otras entidades sanitarias, como su plan de salud o seguro médico, compartan su información de salud para el tratamiento, el pago o con otros fines que permita la ley, incluidos los que se describen en este Aviso.

Usted puede solicitar que su información de salud deje de compartirse en un HIE. Para esto, debe enviar una solicitud a la Oficina de Privacidad, cuya dirección se proporciona en este Aviso. Deberá incluir su nombre y fecha de nacimiento o dirección. Si usted decide optar por esta exclusión voluntaria, haremos todo lo que sea razonablemente posible para limitar el uso compartido de su información de salud en los HIE. La exclusión voluntaria no implica el retiro de la información de salud que ya se haya compartido, así como tampoco impide el acceso a la información de salud sobre usted por otros medios, tal como la solicitud por parte de sus proveedores particulares.

Participamos en *NC HealthConnex* (el cual es un medio para el intercambio de información). Usted puede solicitar la exclusión voluntaria enviando el formulario que deberá descargar directamente de <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>. Su exclusión voluntaria no afectará nuestra obligación de divulgar su información médica al intercambio de información (Exchange) cuando recibe servicios pagados por el seguro médico del estado de Carolina del Norte y/o Medicaid.

### **Podemos usar y divulgar su PHI en ciertas circunstancias sin una autorización o la posibilidad de objeción, tal como se describe a continuación:**

- Según lo exija la ley.
- Según sea necesario por razones de salud pública, que contribuyan a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, informar reacciones o problemas con productos médicos, informar nacimientos o muertes, o trabajar con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*, CDC, por sus siglas en inglés).
- Para actividades de supervisión de prestación de servicios médicos, como las que realizan las dependencias estatales o

- Ciertas actividades de comercialización, incluso si un tercero nos paga para realizar declaraciones de marketing, tal como se describe en su autorización firmada.
- La venta de su información de salud, salvo para ciertos fines que se permiten en las regulaciones.

Si nos otorga su permiso para usar o divulgar su información de salud, usted podrá revocar este permiso por escrito en cualquier momento. De ser así, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud por los motivos cubiertos por su autorización escrita. No nos es posible retirar la información ya divulgada con su permiso inicial. Estamos obligados a conservar los registros de la atención que le hemos prestado.



de drogas. Hay ciertas excepciones a esta regla. Podemos divulgar esta información con nuestro personal para coordinar su atención como también con agencias e individuos que nos ayudan a prestarle servicios. Podemos divulgar información con el personal médico durante una emergencia. Si usted comete un delito, o amenaza con cometer un delito, en nuestro establecimiento o contra nuestro personal, podríamos reportarlo a la policía.

- Nuestra farmacia solo divulgará una copia de sus recetas a ciertas personas. Algunas de estas personas incluyen: (1) usted; (2) el proveedor de atención médica quien prescribió la receta o el que le está dando tratamiento; (3) un farmacéuta quien le esté prestando servicios de farmacia a usted; (4) una compañía responsable de proveer, o de pagar, por sus servicios de atención médica; (5) miembros o ciertos empleados de la Junta de Farmacia; y (6) investigadores que hayan sido aprobados por la Junta de Farmacia, si existen ciertas protecciones establecidas para salvaguardar la confidencialidad de la información.
- Si usted es menor de 18 años y no se ha emancipado, no divulgaremos ninguna información de tratamiento relacionado a embarazos, enfermedades venéreas y otras enfermedades contagiosas, consumo de drogas o de alcohol, trastorno emocional, sin su autorización. Sin embargo, sí podemos divulgar esta información si: (1) su médico considera que sus padres deben estar enterados debido a alguna amenaza que ponga en peligro su vida o su salud, o (2) si sus padres o tutores legales le preguntan al médico sobre su tratamiento, y si su médico cree que compartir dicha información es lo mejor para usted.

**Otros usos y divulgaciones.** Otros usos y divulgaciones de la información médica que no estén contemplados en este Aviso o en las leyes que se nos aplican se harán sólo con su permiso por escrito. Le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud para los siguientes u otros fines:

- Notas de psicoterapia realizadas por un proveedor de salud mental particular durante una sesión de consejería, excepto para ciertos fines relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, o bien otras excepciones, incluida la seguridad y la supervisión gubernamental.

federales de supervisión de servicios médicos o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

- La divulgación de su número de seguro social es voluntaria, pero puede ser necesaria para tramitar determinados servicios de atención médica, reclamos a su seguro médico y/o para actividades de salud pública/supervisión de conformidad con las leyes federales o estatales.
- Para un procedimiento legal. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial, una orden de arresto u otro procedimiento legal.
- Para cumplir con los requisitos de una agencia del orden público. Podemos divulgar su PHI para informar cierto tipo de heridas u otras lesiones físicas, o alguna conducta delictiva en nuestra propiedad.
- A un médico forense, examinador médico o director de funeraria. Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico encargado de identificar el cuerpo o establecer la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a los directores de funerarias para llevar a cabo sus servicios.
- Para la donación de órganos, ojos o tejidos de una persona fallecida.
- Para la investigación clínica. La investigación que se realiza en ECU Health debe atravesar un proceso de revisión especial. No usaremos ni divulgaremos su PHI a menos que tengamos su autorización o hayamos determinado que su privacidad está protegida.
- Para impedir un grave peligro a la salud o a la seguridad. Podemos divulgar su PHI para prevenir o atenuar un peligro serio e inminente a la salud o seguridad de otra persona o del público en general.
- A funciones especializadas del gobierno. Podemos divulgar su PHI si se relaciona con actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia o servicios de protección al presidente, o con determinaciones/aptitud médica del Departamento de Estado.
- A una institución correccional u otras agencias del orden público en las que usted esté bajo custodia. Por ejemplo, en ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a una institución correccional que tenga custodia legal sobre su persona.

## **A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su PHI en las siguientes circunstancias:**

- Para mantener nuestro directorio de pacientes en nuestras instalaciones. Si una persona pregunta por usted por su nombre, divulgaremos únicamente su nombre, número de habitación y estado general de salud (bueno, regular, grave, etc.). También podemos divulgar su afiliación religiosa a miembros del clero afiliados con su religión, independientemente de que pregunten por usted por su nombre.
- Podemos compartir su PHI con un familiar u otra persona identificada por usted, que participe en su cuidado o en el pago de su atención médica. En una emergencia, si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, utilizaremos nuestro criterio profesional para decidir si es conveniente compartir su PHI con una persona involucrada en su atención. Si un familiar u otra persona acuden con usted a sus citas o visitas no programadas, y gramadas, y usted no objeta que esta persona tome conocimiento de su PHI, podremos interpretar que usted acepta que lo hagamos.
- Podemos compartir su PHI con una entidad pública o privada (por ejemplo, la Cruz Roja Americana) con el propósito de que usted reciba ayuda en situaciones de catástrofe. Si fuera necesario en situaciones de emergencia, podríamos compartir su PHI, aunque usted se opusiera.

Si usted quisiera oponerse a nuestro uso o divulgación de su PHI en las circunstancias descritas anteriormente, sírvase informar al miembro del personal a cargo de su registro o llamar a un funcionario de Privacidad cuyos datos aparecen en la portada y al reverso de este Aviso. Si solicita que no se incluya su nombre en el directorio de pacientes, no podrá recibir ninguna tarjeta ni flores al hospital. Además, no podremos informarle que usted es paciente nuestro a quien haga una llamada preguntando por usted o quiera visitarlo.

## **Protecciones especiales**

En ciertos casos, algunas leyes nos exigen proporcionar más protección a su información de salud de la que exige HIPAA. Aun si algunas de estas leyes aplican a su información de salud, es posible que sigamos teniendo la obligación de reportar cierta información y cumpliremos con dichas leyes. Por ejemplo, tenemos la obligación de reportar casos donde hay sospechas de maltrato o negligencia hacia niños o adultos con discapacidades, y podemos compartir la información a continuación cuando enviamos el reporte.

- Si tiene alguna enfermedad contagiosa tal como tuberculosis, sífilis, VIH/SIDA, normalmente no divulgaremos esa información al menos que tengamos su autorización por escrito. Sin embargo, no necesitamos contar con su autorización para reportar información relacionada con su enfermedad a las autoridades sanitarias estatales y locales o para prevenir la propagación de dicha enfermedad.
- Si recibe tratamiento por alguna afección de salud mental, una discapacidad relacionada al desarrollo o por abuso de sustancias, la ley estatal generalmente nos obliga a obtener su consentimiento por escrito antes de divulgar esa información. Existe ciertas excepciones a esta regla. Por ejemplo, podemos divulgar su información si requiere de un tutor legal o si lo recluyen involuntariamente. También podemos divulgar su información a: (1) un proveedor de atención médica quien le está dando tratamiento durante una emergencia; (2) un proveedor de atención médica que lo remitió, si así lo solicita; y (3) a otros establecimientos o profesionales que tratan la salud mental, las discapacidades del desarrollo, y el consumo de drogas cuando sea necesario coordinar su atención médica o su tratamiento. También podemos divulgar su información con otras entidades cubiertas, tales como una farmacia, o socios comerciales, o por ejemplo, una empresa proveedora de programas informáticos (*software*), al menos que usted se oponga por escrito. Después de notificarle a usted, tenemos la obligación de informar a un familiar suyo u a otra persona involucrada en su cuidado de manera considerable en qué centro de salud mental fue ingresado, trasladado, o dado de alta. Bajo cierta ley federal, si usted solicita o recibe tratamiento por consumo de drogas en nuestros establecimientos, generalmente necesitamos obtener su autorización por escrito antes de poder divulgar información que lo identifique como farmacodependiente o como paciente que recibe servicios para tratar el consumo