



# UNC Health Specialty & Home Delivery Pharmacy

## Servicios especializados de farmacia

### Paquete de bienvenida

*Translated by UNC Health Interpreter Services, 5/24/24*



Estimado cliente:

Bienvenido a UNC Health Specialty and Home Delivery Pharmacy. Agradecemos la oportunidad de poder satisfacer todas sus necesidades de fármacos especializados. Sabemos que puede ser abrumador tener una enfermedad y medicamentos nuevos, pero estamos aquí para ayudarle. Nos comprometemos a ofrecerle una atención de calidad y un servicio excelente.

Tómese un momento para revisar este folleto de bienvenida. Este folleto incluye información útil como nuestros datos de contacto, servicios e información de seguridad para pacientes. No dude en llamarnos si tiene alguna pregunta.

Apreciamos formar parte de su equipo de atención y esperamos que con nuestra ayuda se sienta más cómodo sobrellevando su enfermedad y medicamentos.

Atentamente,

El equipo de UNC Health Specialty and Home Delivery Pharmacy



## Índice

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA FARMACIA .....	4
NUESTRA MISIÓN .....	5
SERVICIOS FINANCIEROS .....	5
RECETAS NUEVAS .....	6
PROGRAMA ESPECIALIZADO DE GESTIÓN DE PACIENTES .....	7
SUS MEDICAMENTOS .....	8
ENTREGA DE SUS MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS .....	9
RECURSOS DE APOYO .....	10
QUEJAS O PREOCUPACIONES .....	11
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE .....	12
REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS .....	14
ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS .....	15
SEGURIDAD EN EL USO DE AGUJAS Y RECIPIENTE PARA ELIMINACIÓN DE OBJETOS PUNZOCORTANTES .....	16
SEGURIDAD EN EL HOGAR .....	16
PREPARACIÓN ANTE DESASTRES .....	17
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN .....	18
AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD .....	19

# INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA FARMACIA

## HORARIO DE ATENCIÓN:

- Lunes - jueves 8:30 a. m. - 4:30 p. m.
- Viernes 9:00 a. m. - 4:30 p. m.
- Sábado - domingo CERRADO



## INFORMACIÓN DE CONTACTO:

- Línea gratuita 855-788-4101 -O- 984-974-6779
  - o Seleccione la opción 4 para Especialidad
  - o Seleccione la unidad de enfermedad que corresponda a partir de lo siguiente:
    - Opción 1 para hematología y oncología
    - Opción 2 para enfermedades inflamatorias
    - Opción 3 para neurología, enfermedad pulmonar, alergia o inmunología
    - Opción 4 para enfermedades infecciosas o trasplante
    - Opción 5 para cardiología y endocrinología
    - Opción 6 para cualquier otra especialidad de enfermedad

## COMUNÍQUESE CON NOSOTROS EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- Si tiene preguntas o preocupaciones sobre su medicamento.
- Si tiene preguntas o preocupaciones sobre su copago.
- Si tiene alguna queja o preocupación sobre los servicios que ofrecemos.
- Si sospecha que tiene una reacción o alergia al medicamento.
- Si ha habido un cambio en el uso de su medicamento o plan de tratamiento.
- Si tiene alguna pregunta sobre una posible interacción farmacológica.
- Si quiere comprobar el estado de la entrega de su medicamento o modificar algún detalle de esta.



## ASISTENCIA FARMACÉUTICA FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN, LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA:

- Un farmacéutico estará disponible para tratar asuntos clínicos urgentes, incluso cuando la farmacia esté cerrada:
  - o Llame al 984-974-1000 y pregunte por el farmacéutico especializado de guardia «On-Call Specialty Pharmacist».
  - o Le deberían devolver la llamada en el plazo de una hora. Si esto no sucede, llame y pida que vuelvan a llamar al farmacéutico a su localizador (pager).
- Se le proporcionará un intérprete si lo solicita.

## SITIO WEB:

<http://www.uncmmedicalcenter.org/uncmc/patients-visitors/amenities/pharmacies/specialty-pharmacy-service/>

## EN CASO DE URGENCIA:

- Llame al **911** o consiga atención médica de urgencia si tiene síntomas potencialmente mortales.
- **Centro de toxicología (Poison Control):** 800-222-1222
- **Línea de prevención del suicidio y de atención ante una crisis:** 988 o 800-273-8255

## NUESTRA MISIÓN

Nuestra misión es proporcionar a los pacientes que viven en Carolina del Norte, Carolina del Sur y Virginia acceso conveniente y de calidad a sus medicamentos recetados a través de los servicios especializados de farmacia de UNC Health Specialty and Home Delivery Pharmacy. Esto se hace tanto a través de la entrega a domicilio como por medio de los servicios de asesoramiento clínico a fin de aumentar la continuidad de la atención y el nivel de servicio al cliente.

En UNC Health, trabajamos con todo tipo de seguros médicos y nos dedicamos a prestarle el más alto nivel de atención durante cada fase de su tratamiento. Al elegir nuestros servicios, usted se convierte en miembro de nuestro equipo de atención y podemos ofrecerle una variedad de servicios de apoyo clínico y financieros para optimizar sus necesidades de medicamentos.

## NUESTROS SERVICIOS

### SERVICIOS FINANCIEROS

- Trabajamos con la compañía de seguros para determinar su cobertura de medicamentos recetados y, además:
  - Investigamos otras ayudas de copago adicionales, si las hay.
  - Le informamos sus costos de bolsillo, incluidos el deducible y el copago.
  - Trabajamos con su médico para completar todos los formularios de autorización o aprobación que exija su seguro.
  - Notificamos a su médico si el seguro no permite que le dispensemos sus medicamentos recetados en nuestra farmacia y nos aseguramos de enviar su receta a la farmacia correcta.
  - Proporcionamos el precio en efectivo del medicamento, si se solicita.
- Si no tiene seguro o no puede pagar el copago de su medicamento, nuestro equipo investigará varios programas de asistencia financiera para los que podría cumplir los requisitos a fin de ayudar a reducir los costos de bolsillo. También podemos ayudarle a buscar una opción de pago que funcione mejor para usted.
  - <https://www.uncmedicalcenter.org/uncmc/patients-visitors/amenities/pharmacies/medication-assistance/>

## RECETAS NUEVAS



- Al recibir una receta nueva para usted o un cambio en su dosis, determinaremos automáticamente los beneficios que recibe para medicamentos recetados y lo inscribiremos en nuestro Programa especializado de gestión de pacientes, a menos que su medicamento se administre en la clínica.
- Uno de nuestros farmacéuticos especializados se pondrá en contacto con usted directamente para asesorarle sobre el medicamento e informarle del precio, las opciones de entrega y el tiempo de envío.

## RENOVACIÓN DE RECETAS

- Nuestro equipo hará un seguimiento cuidadoso de cuándo se debe renovar su receta y se comunicará con usted para programar la próxima dispensación y entrega antes de que se quede sin su medicamento especializado.
- En el caso de que tenga un cambio de medicamento o necesite una renovación con anterioridad debido a un viaje prolongado o a que se le perdió el medicamento, comuníquese con la farmacia durante el horario de atención para que podamos coordinar su renovación.
- Nuestro equipo notificará al médico que le receta el medicamento cuando se le estén acabando las renovaciones; sin embargo, es importante que usted controle sus renovaciones y notifique a la clínica cuando haya recibido la última renovación de la farmacia. De esta manera, evitará retrasos cuando necesite renovar su receta en el futuro.



Debemos comunicarnos con usted para confirmar los detalles de la renovación antes de poder enviarle el medicamento.

## TRANSFERENCIA DE RECETAS

- Si decide usar otra farmacia, podemos transferirle sus recetas según lo solicite.
- Para ayudarnos a hacer la transferencia, debe contactarse con la farmacia nueva y darle nuestro nombre, número de teléfono y número de la receta.

## PROGRAMA ESPECIALIZADO DE GESTIÓN DE PACIENTES



- Al inscribirse en nuestro Programa especializado de gestión de pacientes le pondremos en contacto con uno de nuestros farmacéuticos para que le ayude a obtener los mejores resultados de su plan de atención. Al participar activamente en el programa, conocerá mejor su afección y su plan de atención. El farmacéutico trabaja en estrecha colaboración con su equipo de atención y juntos pueden ayudarlo rápidamente a controlar los efectos secundarios u otros problemas que puedan surgir durante el tratamiento.
- Los beneficios del Programa especializado de gestión de pacientes dependen de su participación activa en el programa. Al seguir las instrucciones de administración de sus medicamentos, informar al farmacéutico y a su médico sobre cualquier cambio en su estado de salud, y mantenerse en comunicación con nuestra farmacia, puede estar seguro de que va a obtener el máximo beneficio.
- Antes de que se le envíe su receta especializada, el farmacéutico le llamará para explicarle lo siguiente:
  - Cómo funciona el medicamento para tratar su afección.
  - Cómo y cuándo tomar los medicamentos.
  - Los posibles efectos secundarios y cómo controlarlos.
  - Las posibles interacciones farmacológicas y los alimentos o suplementos que debería evitar.
  - Cuándo ponerse en contacto con su médico.
  - Cómo guardar y eliminar de manera segura su medicamento.
- Nuestros farmacéuticos y personal se comunicarán con usted de manera periódica para:
  - Comprobar que cumpla con el tratamiento.
  - Comprobar si tiene efectos secundarios.
  - Evaluar su calidad de vida.
  - Programar su próxima renovación.
  - Responder a cualquier pregunta.
- Consejos para que todo salga bien:
  - Siga las instrucciones de su médico y asista a las visitas de seguimiento programadas.
  - Infórmese sobre su enfermedad/afección y los medicamentos que le han recetado.
  - Pregunte a su médico o farmacéutico si hay algo que no entiende.
- Opción de no participar:
  - Este programa está disponible para usted sin costo alguno y puede optar por no participar en cualquier momento llamándonos durante el horario de atención regular.
  - Si ya no recibe un medicamento especializado de nuestra farmacia o decide optar por no participar, deberá llamarnos directamente para futuras renovaciones.

## SUS MEDICAMENTOS



- Algunos medicamentos tienen un equivalente genérico disponible. Si el medicamento recetado tiene un equivalente genérico disponible, lo sustituiremos automáticamente para que obtenga el máximo ahorro económico, a menos que usted, su proveedor de atención de salud o su compañía de seguros nos indique lo contrario.
- A veces, los medicamentos son retirados del mercado por el fabricante o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA). Si esto ocurre, revisaremos automáticamente nuestras existencias, retiraremos el medicamento en cuestión y nos pondremos en contacto con los pacientes que creamos que pudieron haber recibido el medicamento retirado del mercado para darles más instrucciones.





## ENTREGA DE SUS MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS



- Debemos hablar o comunicarnos con usted antes de enviarle sus medicamentos.
- Si le dejamos un mensaje, llámenos lo antes posible para evitar retrasos en el envío de su medicamento.
- Se le enviarán sus medicamentos sin cargo a través de un transportista general, como UPS, o un servicio de mensajería (si está dentro del área de servicio). Una vez que se solicita una renovación, procesar la receta generalmente tarda un día hábil.
- Los artículos refrigerados vienen en un paquete adecuado y se envían durante la noche para su entrega al día siguiente. Todas las demás recetas se entregan en un plazo de 1 o 2 días hábiles.
- Revise cada artículo de su paquete tan pronto como llegue. Verifique el nombre del medicamento, la dosis, la recomendación de almacenamiento y la fecha de vencimiento. Cada paquete incluirá un comprobante del empaque/recibo del contenido adjunto, además del copago que le corresponde pagar al paciente y un folleto de información sobre el medicamento.
  - Es su responsabilidad ponerse en contacto con UNC Health Specialty and Home Delivery Pharmacy en el plazo de un día hábil para reportar contenido faltante o dañado.
  - Contacte con la farmacia de inmediato si le preocupa que haya inexactitudes en su entrega, si es posible que haya recibido un medicamento retirado del mercado o si se ha saltado alguna dosis debido a una entrega retrasada.
  - Comuníquese con la farmacia directamente durante el horario de atención regular para:
    - Controlar el estado de su envío
    - Controlar la fecha esperada de envío de su medicamento
    - Informar un retraso o error en el envío
  - Para comunicarse con la farmacia:
    - Llame a la línea gratuita al 855-788-4101 o al 984-974-6779
    - Seleccione la opción 4 para especialidades
    - Seleccione la unidad de enfermedad que corresponda a partir de lo siguiente:
      - Opción 1 para hematología y oncología
      - Opción 2 para enfermedades inflamatorias
      - Opción 3 para neurología, enfermedad pulmonar, alergia o inmunología
      - Opción 4 para enfermedades infecciosas o trasplante
      - Opción 5 para cardiología y endocrinología
      - Opción 6 para cualquier otra especialidad de enfermedad
  - Si la entrega se retrasa, nos pondremos en contacto con usted para explicarle el motivo. Haremos todo lo posible para evitar que no tome una de las dosis de su medicamento. Si usted no toma una de las dosis por causa de un retraso, podemos ayudarle a conseguir su medicamento en una farmacia local o en otra farmacia para pacientes ambulatorios de UNC Health, si está disponible.

## RECURSOS DE APOYO

### Alergia e inmunología

[www.acaai.org](http://www.acaai.org)  
[www.allergyasthmanetwork.org](http://www.allergyasthmanetwork.org)  
[www.foodallergy.org](http://www.foodallergy.org)

### Cardiología

[www.acc.org](http://www.acc.org)  
[www.cardiology.org](http://www.cardiology.org)  
[www.heart.org](http://www.heart.org)

### Fibrosis quística

[www.cff.org](http://www.cff.org)  
[www.cfri.org](http://www.cfri.org)  
[www.healthwellfoundation.org](http://www.healthwellfoundation.org)

### Dermatología

[www.psoriasis.org](http://www.psoriasis.org)  
[www.aad.org](http://www.aad.org)

### Afecciones gastrointestinales

[www.crohnscolitisfoundation.org](http://www.crohnscolitisfoundation.org)  
[www.gi.org](http://www.gi.org)

### Afecciones de la hormona del crecimiento

[www.hgfound.org](http://www.hgfound.org)  
[www.hormone.org](http://www.hormone.org)  
[www.aace.com](http://www.aace.com)

### Hematología / Oncología

[www.sicklecell.org](http://www.sicklecell.org)  
[www.sicklecelldisease.org](http://www.sicklecelldisease.org)  
[www.unclineberger.org/patientcare/support](http://www.unclineberger.org/patientcare/support)  
[www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)  
[www.cancer.org](http://www.cancer.org)

### Hepatología

[www.liverfoundation.org](http://www.liverfoundation.org)  
[www.hepcassoc.org](http://www.hepcassoc.org)  
[www.hepatitisfoundation.org](http://www.hepatitisfoundation.org)  
[www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/hepatitis](http://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/hepatitis)

### Enfermedades infecciosas

[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)  
[www.hiv.gov](http://www.hiv.gov)  
[www.ncaan.org](http://www.ncaan.org)  
[www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)

### Infertilidad

[www.americanpregnancy.org](http://www.americanpregnancy.org)  
[www.resolve.org](http://www.resolve.org)  
[www.asrm.org](http://www.asrm.org)

### Afecciones inflamatorias

[www.rheumatology.org](http://www.rheumatology.org)  
[www.arthritis.org](http://www.arthritis.org)

### Neurología

[www.nationalmssociety.org](http://www.nationalmssociety.org)  
[www.mymsaa.org](http://www.mymsaa.org)  
[www.msfocus.org](http://www.msfocus.org)

### Enfermedades pulmonares

[www.thoracic.org](http://www.thoracic.org)  
[www.pulmonaryfibrosis.org](http://www.pulmonaryfibrosis.org)

### Trasplante de órgano sólido

[www.transplants.org](http://www.transplants.org)  
[www.unos.org](http://www.unos.org)

## QUEJAS O PREOCUPACIONES

UNC Health Specialty and Home Delivery Pharmacy se esfuerza por prestarle el mejor servicio; no obstante, si en algún momento no está satisfecho con los servicios, tiene derecho a presentar una queja o comunicarnos una preocupación.



**Para presentar una queja, expresar una preocupación sobre los servicios o informarnos sobre un posible problema con los medicamentos, llame a la farmacia al 984-974-6779 (opción 4) y pida hablar con el gerente de la farmacia «Pharmacy Manager».**

Si el personal no está disponible o usted llama fuera del horario de atención, puede dejar un mensaje de correo de voz y alguien le devolverá la llamada lo antes posible.

El personal de la farmacia resolverá su queja en un plazo de 7 días hábiles; sin embargo, nuestro objetivo es resolver la queja en un plazo de 72 horas. El gerente de la farmacia supervisará la puntualidad de nuestra respuesta. Si no se ha resuelto su queja en un plazo de 7 días hábiles, se le enviará un aviso por escrito con el tiempo estimado de respuesta. Esto ocurrirá cada 15 días hábiles hasta que su queja o reclamaciones se haya resuelto. Cualquier queja que no pueda resolver el personal de la farmacia se enviará de inmediato a Atención al Paciente de UNC Health (UNC Health Patient Relations , 984-974-5006). Puede solicitar la asistencia del departamento de Atención al Paciente (Patient Relations) en cualquier momento durante el proceso de queja, independientemente de la capacidad del personal de la farmacia para resolver su queja.

## JUNTAS ESTATALES DE FARMACIAS Y ORGANISMOS DE ACREDITACIÓN

**North Carolina Board of Pharmacy**  
(Junta de Farmacias de Carolina del Norte)  
6015 Farrington Road Suite 201 Chapel Hill, NC  
27517  
Teléfono: 919-246-1050  
<https://complaints.ncbop.org/>

**Accreditation Commission for Health Care (ACHC)**  
(Comisión de Acreditación para la Atención Médica)  
139 Weston Oaks Ct.  
Cary, NC 27513  
Teléfono: 855-937-2242  
<https://www.achc.org/contact/>

**South Carolina Board of Pharmacy**  
(Junta de Farmacias de Carolina del Sur)  
110 Centerview Dr  
Columbia, SC 29210  
Teléfono: 803-896-4700  
<https://llr.sc.gov/bop/>

**Utilization Review Accreditation Commission**  
(URAC) (Comisión de Acreditación de Revisión de  
Utilización)  
1220 L Street NW Suite 900  
Washington, DC 20005  
Teléfono: 202-216-9010  
<https://www.urac.org/contact/file-a-grievance/>

**Virginia Board of Pharmacy**  
(Junta de Farmacias de Virginia)  
Perimeter Center  
9960 Mayland Drive, Suite 300  
Henrico, VA 23233  
Teléfono: 800-533-1560 (línea directa de quejas)  
<http://www.dhp.virginia.gov/Complaints/>

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

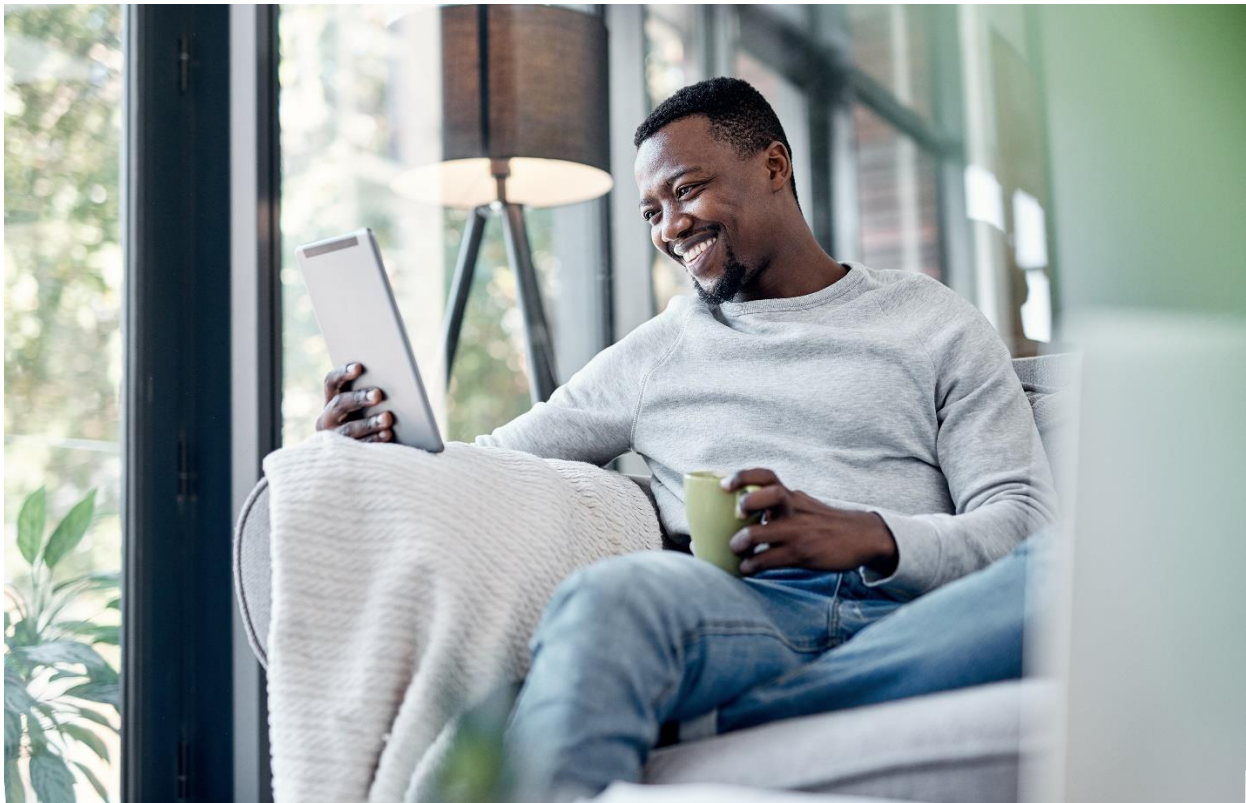
Como paciente de UNC Health Specialty and Home Delivery Pharmacy, usted tiene derechos y responsabilidades con respecto a la atención que recibe. Entender estos derechos y responsabilidades le compromete a usted y nos ayuda a prestar a todos los pacientes una atención excelente.

### USTED TIENE DERECHO A:

1. Que se comparta su información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) con el programa de gestión de pacientes exclusivamente en virtud de las leyes estatales y federales.
2. Hablar con un proveedor de atención de salud.
3. Estar completamente informado de antemano de la atención o servicio que va a recibir, incluidas las disciplinas que los prestan y la frecuencia de las visitas, así como de cualquier modificación al plan de atención.
4. Que se le informe con anticipación de la atención o servicio que se le va a prestar y su responsabilidad financiera.
5. Recibir información sobre el programa de gestión de pacientes, incluido el alcance de los servicios que la organización va a ofrecer y las limitaciones específicas de los mismos.
6. Participar en la elaboración y revisión periódica del plan de atención.
7. Rechazar la atención o tratamiento, negarse a participar o excluirse en cualquier momento, después de que se hayan explicado todas las consecuencias de rechazar la atención o tratamiento.
8. Que se le informe de sus derechos como paciente en virtud de la ley estatal para preparar un documento de voluntades anticipadas, si corresponde.
9. Que se le trate a usted y a sus pertenencias de manera respetuosa y considerada, y que se reconozca su dignidad e individualidad como paciente.
10. Poder identificar por medio de una identificación apropiada, que incluye el puesto o cargo, a los miembros del personal que le visita, y, si lo solicita, hablar con un supervisor.
11. El paciente tiene derecho a recibir atención sin discriminación por motivos de edad, raza, origen étnico, color, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, situación socioeconómica, sexo, orientación sexual, identidad (o expresión) de género, nacionalidad o fuente de pago.
12. No ser objeto de malos tratos, negligencia o abusos verbales, mentales, sexuales y físicos, incluidas lesiones de origen desconocido y apropiación indebida de las pertenencias del paciente.
13. Comunicar quejas o reclamaciones con respecto al tratamiento o atención, o una falta de respeto por sus pertenencias, o recomendar cambios a la política, en el personal o en la atención/servicio sin ninguna restricción, interferencia, coerción, discriminación o represalias.
14. Que se investiguen las quejas o reclamaciones sobre el tratamiento o atención que se le ha dado (o que no se ha podido dar), o sobre una falta de respeto por sus pertenencias.
15. Mantener la confidencialidad y la privacidad de toda la información que se encuentra en el historial clínico del paciente y de la información de salud protegida (Protected Health Information, PHI).
16. Que se le asesore en las políticas y procedimientos de la agencia sobre la divulgación de historiales clínicos.
17. Elegir un proveedor médico, incluido el médico a cargo, si corresponde.
18. Recibir atención apropiada sin discriminación de acuerdo con las órdenes del médico, si corresponde.
19. Que se le informe de cualquier beneficio económico cuando se le remita a una organización.
20. Que se le informe por completo de sus responsabilidades.
21. Recibir una explicación detallada de su responsabilidad financiera.
22. Recibir información y asesoramiento sobre la disponibilidad de recursos financieros para la atención médica conocidos.
23. Recibir un aviso de falta de cobertura (si es beneficiario de Medicaid o Medicare).

## USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

1. Presentar los formularios necesarios para recibir los servicios.
2. Facilitar información clínica y de contacto correcta y notificar al programa de gestión de pacientes si se producen cambios en dicha información.
3. Notificar al médico que le receta el tratamiento sobre su participación en el programa de gestión de pacientes.
4. Notificar a la farmacia sobre cualquier preocupación relacionada con la atención o los servicios que recibe.
5. Tratar a los proveedores y al personal de UNCHCS con consideración y respeto, independientemente de la edad, raza, origen étnico, color, religión, cultura, idioma, discapacidad, situación socioeconómica, sexo, inclinación sexual, identidad (o expresión) de género o nacionalidad. Esto incluye abstenerse de usar conductas o lenguaje no apropiados, discriminatorios, hostiles o acosadores.
6. Responder a las llamadas o mensajes de UNC Health Specialty and Home Delivery Pharmacy.



# SEGURIDAD DEL PACIENTE

## REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS



- Los pacientes que tengan reacciones adversas a los medicamentos, síntomas médicos agudos u otros problemas, deben ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria, acudir al servicio de urgencias o llamar al 911.
- Para informar de una sobredosis o intoxicación accidental, puede comunicarse con el Centro de Toxicología (Poison Control Center) al 1-800-222-1222.
- Para reacciones a medicamentos o efectos secundarios que no sean urgentes, puede llamar a nuestro farmacéutico de guardia «On Call Pharmacist» que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para asuntos clínicos urgentes. Se recomienda que lleve un diario para documentar cualquier efecto secundario y llevar un control de los cambios en la gravedad o frecuencia de los mismos.

## MANIPULACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS

- Lávese siempre las manos antes y después de tocar o preparar los medicamentos que se vaya a administrar usted mismo o a otra persona. Cuando se lave las manos, use jabón y agua tibia. Frótese las manos durante al menos un minuto. Lávese entre los dedos, debajo de las uñas y el revés de las manos. Enjuáguese las manos con agua tibia. Séquese las manos con una toalla de papel o una toalla de tela limpia. Si no hay suministro de agua disponible, use gel de manos antibacteriano a base de alcohol.
- En el caso de productos peligrosos para la salud, los pacientes y cuidadores deben usar siempre guantes al tocarlos o prepararlos. Si no se utilizan guantes, lo indicado es verter el medicamento del frasco en un recipiente desechable y tener cuidado de no derramarlo.
- Los pacientes que reciben medicamentos de quimioterapia deben lavar su ropa y la ropa de cama por separado de la otra ropa y tirar de la cadena del inodoro dos veces después de ir al baño mientras estén tomando medicamentos citotóxicos y de 4 a 7 días después de suspender la quimioterapia oral.  
\*Adaptado de: S Goodin, et al. Safe Handling of Oral Chemotherapeutic Agents in Clinical Practice: Recommendations From an International Pharmacy Panel. J Onc Pract 7: 7-12, 201
- Conocer las condiciones de almacenamiento adecuadas para su medicamento especializado es extremadamente importante a fin de garantizar que surta el efecto óptimo. Si está inscrito en nuestro Programa especializado de gestión de pacientes, nuestros farmacéuticos le darán instrucciones sobre el almacenamiento adecuado.
- La mayoría de los medicamentos inyectables requerirán refrigeración cuando no estén en uso. Si su medicamento debe refrigerarse, evite almacenarlo junto a alimentos o bebidas que consumirá. Designe un área especial del refrigerador que esté apartada y úsela únicamente para almacenar su medicamento.
- No deje los medicamentos en áreas abiertas, cerca de agua, expuesta directamente a la luz del sol, ni al alcance de niños o mascotas.
- Usar un pastillero es una buena forma de almacenar sus medicamentos y ayudarlo a recordar tomarlos. Use un pastillero adicional para cualquier medicamento de quimioterapia.

## ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS

- Eliminar los medicamentos viejos, no usados o vencidos de manera correcta ayuda a protegerle a usted, a quienes lo rodean y al medio ambiente.
  - Información sobre medicamentos vencidos: <https://www.fda.gov/drugs/special-features/dont-be-tempted-use-expired-medicines>



- Puede poner medicamentos mojados, dañados, no usados, descontinuados o vencidos en las cajas de eliminación de medicamentos en UNC Medical Center o devolverlos en uno de los eventos de eliminación de medicamentos en su área. Muchas estaciones de policía y farmacias locales cuentan con un recipiente para la eliminación de medicamentos.
  - <https://www.fda.gov/drugs/disposal-unused-medicines-what-you-should-know/drug-disposal-drug-take-back-locations>
  - [https://www.deadiversion.usdoj.gov/drug\\_disposal/takeback/index.html](https://www.deadiversion.usdoj.gov/drug_disposal/takeback/index.html)
- Tirar medicamentos por el inodoro o por el desagüe puede contaminar el suministro de agua. No tire los medicamentos viejos por el inodoro ni por el desagüe a menos que sepa que es seguro. Consulte la lista de medicamentos que se pueden tirar por el inodoro en
  - <https://www.fda.gov/drugs/disposal-unused-medicines-what-you-should-know/drug-disposal-fdas-flush-list-certain-medicines#FlushList>
- Puede deshacerse de los medicamentos no usados siguiendo estos pasos:
  - Mezcle los medicamentos (líquidos o en pastilla; no triture los comprimidos ni las cápsulas) con un material desmenuzable, como tierra, arena para gatos o residuos de café molido;
  - Coloque la mezcla en un recipiente, por ejemplo, una bolsa de plástico de cierre hermético;
  - Tire el recipiente a la basura de su casa, y
  - Borre toda la información personal de la etiqueta de los frascos o envases de medicamentos recetados vacíos y tírelos a la basura o recíclelos.

## SEGURIDAD EN EL USO DE AGUJAS Y RECIPIENTE PARA ELIMINACIÓN DE OBJETOS PUNZOCORTANTES

- Nunca reemplace la tapa de las agujas usadas (alto riesgo de hacerse daño).
- Antes de usar una aguja, haga un plan de cómo manipularla y eliminarla.
- Después de usar su medicamento inyectable, coloque todas las agujas, jeringas, lancetas y otros objetos afilados en un recipiente para eliminación de objetos punzocortantes aprobado por la FDA. Si no tiene uno, nuestra farmacia le proporcionará uno de forma gratuita. Se puede usar un recipiente de plástico de alta resistencia y de uso doméstico con una tapa ajustada y resistente a los pinchazos (como un envase vacío de detergente para la ropa).
- Nunca coloque agujas sueltas ni otros objetos punzocortantes en los botes de basura domésticos o públicos, ni los tire por el inodoro. Tire los recipientes designados para eliminar los objetos punzocortantes usados siguiendo las pautas de su comunidad. Para obtener más información, visite <http://www.fda.gov/safesharpsdisposal>
- Mantenga siempre el recipiente para eliminar los objetos punzocortantes fuera del alcance de los niños y las mascotas.
- Infórme a su médico de inmediato si sufre lesiones relacionadas con pinchazos de aguja u objetos punzocortantes.

## SEGURIDAD EN EL HOGAR

- Limpie rápidamente cualquier derrame.
- Si usa tapetes, use tapetes con reverso antideslizante o una almohadilla antideslizante.
- Utilice una alfombrilla antideslizante o tiras adhesivas antideslizantes en la bañera o la ducha.
- Mantenga retirados los cables del teléfono, de la computadora o eléctricos.
- Instale pasamanos en todas las zonas con escaleras y asegúrese de que todos los pasillos estén bien iluminados.
- Mantenga todos los medicamentos y materiales peligrosos fuera del alcance de los niños y las mascotas.
- Haga instalar detectores de humo en su hogar y cambie las pilas al menos una vez al año. Revise los detectores de humo una vez al mes. Haga un plan en caso de incendio y asegúrese de que todos los miembros de la familia lo conozcan.



## PREPARACIÓN ANTE DESASTRES

- Almacene alimentos no perecederos, agua embotellada y un botiquín de primeros auxilios. Compruebe periódicamente que no haya artículos a punto de vencer y sustitúyalos cuando sea necesario. Tenga a mano una radio y linternas de pilas, y pilas de repuesto.
- Lleve una lista al día de sus medicamentos, con la dosis y el uso indicado, y manténgase al tanto de la cantidad de medicamento que tiene a mano. Coloque los frascos/envases de medicamentos en un recipiente impermeable si existe la posibilidad de una inundación o daños causados por el agua. Tenga hielo a mano para los medicamentos que necesiten refrigeración.
  - <https://www.fda.gov/media/73856/download>
  - <https://www.fda.gov/drugs/fda-drug-info-rounds-video/transcript-emergency-preparedness-keeping-medications-safe-feb-2016>
- Si toma medicamentos nebulizados o medicamentos que requieran electricidad para su administración, llame a la empresa eléctrica local para informarles de sus necesidades especiales. Es posible que puedan darle prioridad para restablecer el suministro eléctrico.



### Emergency Preparedness for People With Chronic Diseases

During natural disasters and other emergencies, people with chronic diseases can face special health challenges. The tips below can help you prepare.

#### 3 Health Tips to Prepare



- Si ocurre un desastre natural u otra emergencia que requiera que abandone su hogar, lleve su medicamento con usted. Una vez que esté fuera de peligro, llame a nuestra farmacia para informarnos su nueva ubicación e información de contacto para tramitar una nueva entrega.
- En caso de que un desastre natural, como un huracán o una tormenta de hielo, afecte el envío a su área, la farmacia se pondrá en contacto con usted para determinar si necesitará que los medicamentos se envíen con anticipación o si deberá buscar su medicamento localmente para evitar interrupciones en la terapia.
- Obtenga más información sobre cómo proteger a sus seres queridos:
  - <https://www.emergency.cdc.gov/protect.asp>

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

UNC Health y su red de entidades asociadas cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan, excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente por motivos de raza, origen étnico, color, cultura, religión, idioma, nacionalidad de origen, edad, discapacidad física o mental, nivel socioeconómico, sexo, orientación sexual, e identidad o expresión de género.

### A. Asistencia y servicios gratuitos

UNC Health y su red de entidades asociadas:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como, por ejemplo: intérpretes capacitados en lengua de signos o información escrita o proporcionada en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - o Intérpretes capacitados
  - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la persona que se identifica abajo (Sección C) para la ubicación de la entidad de la red donde usted recibe los servicios.

### B. Reclamaciones

Si considera que UNC Health o una entidad asociada de la red no le proporcionaron estos servicios o lo discriminaron de otra manera por motivos de raza, origen étnico, color, cultura, religión, idioma, nacionalidad de origen, edad, discapacidad física o mental, situación socioeconómica, sexo, orientación sexual, e identidad o expresión de género, puede presentar una reclamación ante las siguientes personas (Sección C), según dónde reciba los servicios. Puede presentar la reclamación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, la persona indicada a continuación para la ubicación de la entidad de la red en la que recibe los servicios, está a su disposición para ayudarle.

### C. Información de contacto

Director of Patient Relations (director del Departamento de Atención al Paciente)  
 Patient Relations Department (Departamento de Atención al Paciente)  
 UNC Medical Center  
 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514  
 Teléfono: (984) 974-5006  
 Fax: (984) 974-8895  
 Correo electrónico: [patient.relations@unchealth.unc.edu](mailto:patient.relations@unchealth.unc.edu)

### D. Atención: UNC Medical Center: 1-984-974-5006

- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al:
- ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le:
- CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số:
- 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電：
- ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer:
- 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 연락처:
- ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ नि:शुल्क उपलब्ध हैं। इस पर कॉल करें:
- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa:
- LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau:
- સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો:
- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните:
- Dè dè nià ke dyédé gbo: Ɔ jũ ké m [Bàsɔ̀̀-wùdù-po-nyò ] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò bé ìn m̀ gbo kpáa. Ɖá:
- గమనిక: మీరు తెలుగు భాషను మాట్లాడేవారు అయితే, భాష సహాయక సేవలు మీకు ఎటువంటి ఛార్జీలు లేకుండా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉన్నాయి. ఈ సంబంధం కోసం కాల్ చేయండి:
- ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero:
- ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم:

## AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL ACUERDO PARA EL CUIDADO ORGANIZADO DE LA SALUD DE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA HEALTH CARE SYSTEM

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Fecha de entrada en vigor: **1 de mayo de 2019**

### QUIÉN SIGUE ESTE AVISO

Este aviso conjunto de prácticas de privacidad («aviso») aplica a entidades que son propiedad o son administradas por University of North Carolina Health Care System («UNCHCS»), incluidas las instituciones de UNCHCS, clínicas, departamentos y otras áreas de servicio («entidades de UNCHCS»); a nuestros empleados, contratistas, aprendices y voluntarios, y a los miembros de nuestro personal médico y su personal autorizado cuando le proporcionan servicios a usted en una ubicación de UNCHCS y a cualquier otro miembro de la plantilla de UNCHCS que esté autorizado para utilizar o acceder a su información de salud (de manera colectiva, «nosotros»). Para obtener una lista de todas las entidades de UNCHCS que siguen este aviso, vea nuestra página web ([www.unhealthcare.org](http://www.unhealthcare.org)) o llame a UNCHCS Privacy Office al número gratuito 1-833-407-6257. Hemos creado un acuerdo para el cuidado organizado de la salud («OHCA», por sus siglas en inglés), para poder tratar mejor sus necesidades de cuidado médico al simplificar las formas en que protegemos y usamos su información de salud. El OHCA nos permite proporcionarle este único aviso y compartir entre nosotros, de manera eficiente, su información de salud con fines de tratamiento, pago y operaciones del negocio de cuidados de la salud. Por ejemplo, cuando los médicos, enfermeras y otras personas que no son empleados de una entidad de UNCHCS le proporcionan cuidados en una ubicación de UNCHCS, ellos son parte del OHCA de UNCHCS y tienen que acatar este aviso. Sin embargo, cada miembro del OHCA mantiene su propia identidad legal. Al participar en el OHCA, ningún miembro está proporcionando servicios de cuidados médicos para otro miembro del OHCA o en nombre de otro miembro del OHCA.

### NUESTRA OBLIGACIÓN DE PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD

Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud protegida, a proporcionarle el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas en materia de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y a acatar los términos de este aviso actualmente en vigor. La información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) incluye la información que nosotros recopilamos sobre su salud pasada, presente y futura, el cuidado de la salud que nosotros le proporcionamos y el pago por el cuidado de su salud.

**Cambios a este aviso.** Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer nuevas provisiones aplicables a toda la PHI que mantenemos. Si cambiamos este aviso, pondremos una copia del aviso en nuestras instalaciones y en nuestra página web en [www.unhealthcare.org](http://www.unhealthcare.org).

### CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

La ley federal requiere que protejamos la privacidad de su PHI. Además, la ley de Carolina del Norte no solamente protege sus derechos de privacidad, sino también su relación con su médico y, si aplica, con su proveedor de cuidados de la salud mental. La ley estatal restringe la divulgación de su información de salud bajo muchas circunstancias. Sin embargo, podemos divulgar su información de salud en virtud de la ley estatal y federal para el tratamiento, el pago y las operaciones del negocio de la atención de salud; con su permiso; en cumplimiento de una orden judicial, o conforme sea permitido o requerido por la ley.

**La ley estatal de Carolina del Norte y la ley federal nos permiten usar y divulgar su PHI, sin su permiso por escrito, de la siguiente manera:**

**Tratamiento:** necesitamos usar y divulgar la PHI acerca de usted para proporcionar, coordinar o dirigir su cuidado de salud y servicios relacionados. Esto puede incluir comunicarnos con otros proveedores de cuidados de la salud con relación a su tratamiento, y coordinar y dirigir su cuidado con otros. Por ejemplo, necesitamos usar y divulgar su PHI tanto dentro como fuera de nuestro sistema cuando usted necesita recetas médicas, pruebas de laboratorio, radiografías u otros servicios de cuidados de la salud. Además, necesitamos usar y divulgar su PHI al remitirlo a otro proveedor de cuidados de la salud.

**Pago:** puede que usemos y divulguemos su PHI a otros para facturar y cobrar el pago por los tratamientos y servicios que le proporcionamos. Antes de que usted reciba servicios programados, podríamos necesitar compartir información acerca de estos servicios con su(s) plan(es) de seguro médico. Compartir la información nos permite solicitar la cobertura en virtud de su plan de salud o póliza y obtener la aprobación de pago antes de prestarle los servicios. Podríamos también necesitar compartir información médica acerca de usted con los siguientes:

- Agencias o departamentos de cobros, o abogados que nos ayuden con los cobros, incluida la Oficina del Fiscal General de Carolina del Norte.
- Compañías de seguros, planes de seguro médico y sus agentes.
- Agencias de reporte al consumidor (por ejemplo, agencias de crédito).
- Otros que sean responsables por sus facturas, tales como su cónyuge o un garante de sus facturas, según sea necesario para que podamos cobrar el pago.

**Operaciones del negocio del cuidado de la salud:** podemos usar y divulgar su PHI para realizar actividades de negocios, las cuales llamamos «operaciones del negocio de cuidados de la salud», que nos permiten mejorar la calidad del cuidado que proveemos y reducir los costos del cuidado de la salud. Puede que utilicemos su PHI para nuestras «operaciones del negocio de cuidados de la salud» y aquellas del acuerdo para el cuidado organizado de la salud en el que nosotros participamos. Además, puede que necesitemos divulgar su PHI para las «operaciones del negocio de cuidados de la salud» de otros proveedores involucrados en su cuidado para mejorar la calidad, eficiencia y costos de su cuidado, o para evaluar y mejorar el rendimiento de sus proveedores. Por ejemplo: los miembros del personal médico, el equipo de gestión de riesgos o el equipo de mejora de la calidad, incluidas las organizaciones para la seguridad del paciente, pueden utilizar información en su historial clínico para evaluar la atención que recibe y los resultados de su tratamiento. Puede que también divulguemos información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros miembros del personal de UNCHCS para propósitos de revisión y enseñanza.

**Actividades para recaudar fondos:** puede que usemos o divulguemos cierta PHI sobre usted, incluida la divulgación a alguna de nuestras fundaciones, para ponernos en contacto con usted a fin de recaudar fondos para nuestros servicios y operaciones. Usted tiene el derecho de rehusarse a seguir recibiendo estas comunicaciones. Si no desea que usemos su PHI para ponernos en contacto con usted con el fin de recaudar fondos, llame al número de teléfono o escriba a la dirección que se encuentran en la última página de este aviso.

**Recordatorios de citas:** puede que usemos y compartamos su información de salud para ponernos en contacto con usted como recordatorio de que tiene una cita para un tratamiento o cuidado médico.

**Alternativas de tratamiento, y beneficios y servicios relacionados con la salud:** puede que usemos y compartamos información de salud para decirle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que pueden interesarle, beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden interesarle o para decirle sobre nuevos centros que estamos abriendo.

**Acuerdos para el cuidado organizado de la salud (OHCA):** muchas de las entidades de UNCHCS también participan en la UNC Health Alliance, LLC, una red clínicamente integrada que se ha establecido como un OHCA. Este acuerdo permite a los participantes compartir su PHI entre ellos para el tratamiento, el pago y las operaciones del negocio de cuidados de la salud, y para ciertas actividades conjuntas.

**Podemos utilizar y divulgar su PHI en otras circunstancias sin su autorización ni la oportunidad de aceptar u objetar:**

Podemos usar o divulgar su PHI en un sinnúmero de circunstancias para las que no necesitamos solicitar su permiso o darle la oportunidad de aceptar u objetar, tales como:

- Cuando sea necesario para evitar una grave amenaza a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad de la población o de otra persona.
- A organizaciones que facilitan la donación y el trasplante de tejidos u órganos.
- A funcionarios autorizados cuando lo exija la legislación federal, estatal o local. Por ejemplo: para denunciar el maltrato o abandono de un niño o una persona discapacitada, o denunciar determinados tipos de heridas o lesiones.

- En respuesta a ciertas citaciones, órdenes judiciales u órdenes administrativas.
- Conforme lo exija la ley, para actividades de salud pública. Por ejemplo: evitar o controlar enfermedades y reportar nacimientos y muertes.
- Para actividades aprobadas de indemnización por accidentes laborales.
- A los organismos de supervisión sanitaria. Por ejemplo: organismos que velan por el cumplimiento de los requisitos de licencia o acreditación.
- A las autoridades policiales, como en el caso de ciertos crímenes.
- A los funcionarios forenses, médicos forenses o directores de funerarias para llevar a cabo sus obligaciones.
- Conforme lo exijan las autoridades del mando militar, si usted es miembro de las fuerzas armadas.
- A nuestros socios comerciales para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud en nuestro nombre. Por ejemplo: puede que divulguemos información de salud sobre usted a la compañía que factura a las compañías de seguro por nuestros servicios.
- Para investigación o para reunir información en bases de datos para usarla en investigaciones en el futuro. Puede que divulguemos su PHI y las muestras sobrantes para investigaciones que estén aprobadas por un comité de revisión de investigación que haya determinado que no se requiere su consentimiento por escrito para la divulgación. Puede que también revisemos su PHI para determinar si usted califica para participar en un estudio de investigación médica o para permitir al investigador que lo contacte por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o por correo postal para determinar si usted está interesado en participar en un estudio de investigación médica.
- A un centro penitenciario que tenga su custodia legal, conforme sea necesario para su salud y la seguridad de otros.
- Podemos quitar o agregar identificadores para que la información se vuelva anónima y después usarla o compartirla sin su permiso por escrito.

#### **Usted se puede oponer a ciertos usos y divulgaciones:**

A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar la PHI acerca de usted en las siguientes circunstancias:

- **Directorios del hospital o del centro.** Podemos compartir su ubicación en el centro y su condición en general (crítica, grave, etc.) en nuestra lista de pacientes con personas que preguntan por usted por su nombre. Puede que también compartamos su afiliación religiosa con el clero.
- **Personas involucradas en su cuidado o en el pago por su cuidado.** Puede que compartamos su información de salud con un familiar, representante personal, amigo u otra persona que usted identifique, cuando la información esté directamente relacionada con la participación de ellos en su cuidado o en el pago por su cuidado.
- **Circunstancias de emergencia y auxilio en casos de desastre.** Podemos compartir con un organismo público o privado (por ejemplo, la Cruz Roja Americana) su PHI por razones de auxilio en casos de desastre. Aun cuando usted se oponga, podemos compartir la PHI acerca de usted si es necesario en circunstancias de emergencia. En caso de emergencia, o si usted está incapacitado para tomar decisiones por sí mismo, usaremos nuestro juicio profesional para decidir si es lo más conveniente para usted compartir su PHI con una persona involucrada en su cuidado.

**Algunos usos y divulgaciones de su PHI requieren su permiso por escrito.** Obtendremos su autorización en el caso de que pretendamos:

- usar o divulgar las notas de psicoterapia;
- usar o divulgar su PHI con propósitos de mercadeo, o
- vender cualquier información de su PHI.

También pediremos su autorización para cualquier otro uso o divulgación de su PHI no descritos de otra manera en este aviso de prácticas de privacidad.

Si usted nos autoriza a usar o divulgar su PHI, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, dejaremos de usar o divulgar su PHI para los propósitos incluidos en su autorización escrita. Sin embargo, no podemos retirar las divulgaciones ya hechas de conformidad con una autorización válida.

**Puede que usted tenga derechos adicionales en virtud de otras leyes:** las leyes de Carolina del Norte pueden proporcionarle más protección para tipos específicos de información que las leyes federales que protegen la privacidad de su PHI y, donde proceda, nosotros cumpliremos con los requisitos de esas leyes de Carolina del Norte. La ley de Carolina del Norte exige, en general, que obtengamos su consentimiento por escrito antes de divulgar información de salud acerca de su salud mental, discapacidades del desarrollo o servicios para tratar el abuso de sustancias. Existen algunas excepciones a este requisito.

**Puede que cierta información sobre alcohol, abuso de drogas y tratamiento psiquiátrico tenga protecciones especiales de privacidad:** Si usted recibe tratamiento en uno de estos programas o centros, recibirá un aviso adicional en relación con la confidencialidad de su información de salud. Nosotros no divulgaremos ninguna información de salud que le identifique como paciente de dicho programa o centro, ni daremos información relacionada con su tratamiento en dicho programa o centro, a menos que:

- Usted o su representante personal dé consentimiento por escrito.
- Una orden judicial requiera la divulgación.
- Personal médico necesite información para darle tratamiento en una emergencia médica.
- Personal calificado use la información para investigación u actividades operativas.
- Sea necesario reportar un crimen o una amenaza de cometer un crimen.
- Sea necesario reportar malos tratos o abandono conforme lo requiere la ley.

**Disposiciones especiales para menores de edad bajo la ley de Carolina del Norte:** bajo la ley de Carolina del Norte, los menores de edad, con o sin el consentimiento de un padre o guardián, tienen el derecho a dar su consentimiento para recibir servicios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de ciertas enfermedades, incluidas: enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben ser denunciadas al Estado de Carolina del Norte; embarazo; abuso de medicamentos regulados o alcohol, y perturbación emocional. Si usted tiene menos de 18 años, no está casado y no se ha emancipado legalmente ni se ha enlistado en las fuerzas armadas, puede dar su consentimiento para recibir tratamiento en caso de embarazo, abuso de drogas o alcohol, enfermedad venérea o perturbación emocional, sin la autorización de un adulto. Esta información permanecerá confidencial, a menos que su médico determine que sus padres o guardián necesitan conocer esta información debido a que hay una amenaza grave a su vida o salud, o sus padres o guardián hayan preguntado de manera específica sobre su tratamiento. Tenga en cuenta que los menores todavía necesitan obtener el consentimiento de los padres o judicial para un aborto, o el consentimiento judicial para la esterilización.

**Puede que nos pongamos en contacto con usted por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto:** si usted nos proporcionó un correo electrónico o un número de teléfono fijo o teléfono celular, puede que utilicemos esa información para ponernos en contacto por correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto para coordinar el cuidado de su salud, informarle de servicios que pueden beneficiarle o analizar su factura. Investigadores médicos afiliados con UNCHCS también pueden utilizar esta información para ofrecerle la oportunidad de participar en un estudio de investigación médica o comunicarse con usted acerca de un estudio de investigación médica en el que usted participa.

**Intercambios de Información de Salud:** algunas entidades de UNCHCS pueden participar en uno o más Intercambios de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés). Un HIE es un sistema electrónico que permite a otros proveedores de cuidados de la salud que le dan tratamiento acceder y compartir su información médica si ellos también participan en el HIE. Las entidades de UNCHCS que participan en uno o más HIE compartirán su PHI con los HIE y puede que utilicen los HIE para acceder a su PHI para ayudarnos a proporcionarle atención de salud. Algunas entidades de UNCHCS pueden participar en North Carolina HealthConnex (el «Exchange») a través de North Carolina Information Exchange Authority, 'La Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte'. Las entidades de UNCHCS que participan en el Exchange comparten su PHI con el Exchange y puede que utilicen el Exchange para acceder a su PHI para ayudarnos a proporcionarle atención de salud. Si usted no quiere que los participantes del Exchange accedan a su PHI, debe presentar directamente al Exchange un formulario para optar por no participar. El formulario para optar por no participar se puede descargar directamente de la página web de NC Health Information Authority (<https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>). La información que explica los beneficios del intercambio y las instrucciones de cómo optar por no participar también se encuentran disponibles en el sitio web del Exchange. Incluso si decide no participar en el Exchange, puede que usemos su PHI disponible del Exchange para proporcionarle cuidado de emergencia a usted o para la salud pública o con propósitos de investigación autorizados por ley. La no participación tampoco afectará nuestra obligación de divulgar su PHI al Exchange cuando recibe servicios de hospital que pagan Medicaid u otros recursos; financiados por el estado de Carolina del Norte.

**SUS DERECHOS ACERCA DE SU PHI**

**Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI:** usted tiene el derecho de solicitar que se restrinja el uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones del negocio de cuidados de la salud; para nosotros en el directorio de un hospital o centro; o a familiares y otros involucrados en su cuidado, pero no estamos obligados a aceptar, en la mayoría de los casos, las restricciones que solicitó. Si aceptamos su solicitud, la cumpliremos, a menos que la información se necesite para proporcionar tratamiento de emergencia o sea necesario divulgarla por ley o según se describe de otra manera en este aviso. Si usted paga el monto total por adelantado por ciertos artículos o servicios y solicita que no divulguemos información acerca de esos artículos o servicios a su plan de seguro médico, lo cumpliremos. Cualquier otra solicitud de restricciones en el uso o la divulgación de su PHI nos la debe hacer por escrito. Para solicitar una restricción, debe presentar su solicitud por escrito en el formulario adecuado al Health Information Management Department o a la clínica donde recibió tratamiento. Los formularios están disponibles en nuestro sitio web o poniéndose en contacto con el Health Information Management Department o la ubicación donde recibió tratamiento.

**Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted usando diferentes medios:** Usted tiene el derecho a solicitar cómo y cuándo nos ponemos en contacto con usted sobre la PHI. Por ejemplo, puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted a la dirección o al número de teléfono de su trabajo o por correo electrónico. Su solicitud debe constar por escrito. Debemos atender las solicitudes razonables, pero, cuando proceda, podemos condicionar esa atención a que nos facilite información sobre cómo se gestionará el pago y a que nos indique una dirección alternativa u otro método de contacto. Para solicitar un método de contacto alternativo, debe presentar su solicitud por escrito en el formulario adecuado al Health Information Management Department o a la clínica donde recibió tratamiento. Los formularios están disponibles en nuestro sitio web o poniéndose en contacto con el Health Information Management Department o la ubicación donde recibió tratamiento.

**Tiene derecho a ver y copiar la PHI acerca de usted:** tiene el derecho a ver y a recibir una copia de su PHI contenida en expedientes clínicos, de facturación y otros expedientes usados para tomar decisiones acerca de usted que forman parte de nuestro set de expediente médico designado. Tiene el derecho a recibir una copia de su PHI en su versión electrónica original, si es posible, o, si no, en otro formato electrónico en el que estemos de acuerdo usted y nosotros. Para ver o copiar su información de salud, debe presentar su solicitud por escrito en el formulario adecuado al Health Information Management Department o a la clínica donde recibió tratamiento. Puede que haya un cargo por los costos de copias, envío por correo postal u otros suministros relacionados con su solicitud. Puede que deneguemos su solicitud para ver y obtener copias de su información de salud en algunas circunstancias muy limitadas. Usted tiene el derecho a apelar la denegación.

Si cree que su información de salud y facturación está incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corriamos. Podemos denegar su solicitud si:

- Nosotros no creamos la información.
- La información no forma parte de los expedientes que se usaron para tomar decisiones acerca de su cuidado.
- Creemos que la información es correcta y completa.
- La solicitud pertenece a una parte del expediente que usted no tiene derecho a revisar.

Su solicitud debe constar por escrito y debe explicar los motivos para la solicitud. Si denegamos la solicitud, le avisaremos por escrito los motivos de nuestra negativa y describiremos sus derechos a entregarnos una declaración por escrito si no está de acuerdo con la negativa. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, nos esforzaremos de manera razonable para hacer saber a otros de la enmienda, incluidas las personas que usted señale que hayan recibido la PHI y que necesitan la enmienda. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito en el formulario adecuado al Health Information Management Department o a la clínica donde recibió tratamiento. Los formularios están disponibles en nuestro sitio web o poniéndose en contacto con el Health Information Management Department o la ubicación donde recibió tratamiento.

**Tiene el derecho a recibir un listado de algunas divulgaciones que hemos realizado de su PHI:** tiene el derecho a recibir una lista escrita de algunas divulgaciones que hemos realizado de su PHI. Puede solicitar las divulgaciones hechas hasta seis (6) años antes de la fecha de la solicitud. Estamos obligados a proporcionar una lista de todas las divulgaciones, exceptuando las siguientes:

- las realizadas para su tratamiento;
- las realizadas para facturación y cobro del pago por su tratamiento;
- las realizadas para operaciones del negocio de cuidados de la salud;
- las que se le hicieron a usted, o que usted solicitó o autorizó;
- las incidentales a usos y divulgaciones permitidos;
- las que se les hicieron a personas involucradas en su cuidado, para los propósitos de inclusión en un directorio o de notificación;
- las permitidas por la ley cuando el uso o la divulgación concierna a ciertas funciones gubernamentales especializadas o concierna a instituciones correccionales, y en otras situaciones de custodia de aplicación de la ley;
- la que forman parte de un set de información limitada que no contiene cierta información que lo identificaría a usted.

La lista incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección si está disponible) de la persona u organización que recibe la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la divulgación. Si, bajo circunstancias que lo permitan, la PHI acerca de usted se ha divulgado para ciertos tipos de proyectos de investigación, la lista puede incluir diferentes tipos de información. Si usted solicita una lista de divulgaciones más de una vez en un período de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable de dinero. Para solicitar una lista de las divulgaciones, póngase en contacto con el Health Information Management Department para obtener y llenar un formulario para hacer su solicitud.

**Usted tiene derecho a recibir la notificación de una violación:** tiene derecho a recibir una notificación en el caso de una violación a su PHI no asegurada.

**Tiene derecho a recibir una copia de este aviso:** tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso, en cualquier momento, poniéndose en contacto con UNCHCS Privacy Office al (984) 974-1069 o al número gratuito (833) 407-6257. Le proporcionaremos una copia de este aviso a más tardar en la fecha en que reciba nuestros servicios por primera vez (exceptuando servicios de emergencia, en cuyo caso, la suministraremos lo antes posible). Pondremos una copia vigente del aviso de prácticas de privacidad en cada centro de tratamiento y en nuestro sitio web: [www.unhealthcare.org](http://www.unhealthcare.org).

**CONTACTOS PARA PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si necesita más información sobre las prácticas de privacidad o si tiene preguntas sobre este aviso, o si considera que hemos violado sus derechos de privacidad o quiere quejarse sobre nuestras prácticas de privacidad, puede ponerse en contacto con UNCHCS Privacy Office por teléfono, correo electrónico o correo postal usando la información de contacto que se detalla a continuación:

Privacy Office  
UNC Health Care System  
101 Manning Drive  
Chapel Hill, North Carolina 27514

[Privacy@unhealthcare.org](mailto:Privacy@unhealthcare.org)

Teléfono: (984) 974-1069; número gratuito (833) 407-6257

Si usted presenta una queja, no tomaremos ninguna acción en contra suya ni en forma alguna cambiaremos nuestro tratamiento hacia usted. También puede presentar una queja por escrito ante la United States Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (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 visitando:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).