



Spanish

## **NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha de entrada en vigencia: 29 de mayo de 2011

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVISE LA NOTIFICACIÓN DETENIDAMENTE.**

De acuerdo con la ley, tenemos la obligación de proteger la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad y de entregarle una copia de esta notificación que describe las prácticas de privacidad de la información médica de SUNY Downstate Medical Center Health Science Center en Brooklyn, su personal médico y los proveedores de atención médica asociados que brindan servicios de atención médica junto con SUNY Downstate Medical Center Health Science Center en Brooklyn. Una copia de nuestra notificación vigente siempre estará a la vista en nuestras áreas de inscripción. También podrá obtener sus propias copias en nuestro sitio web "[www.downstate.edu](http://www.downstate.edu)", si llama al Departamento de Admisión que corresponda o solicitando una en el momento de su próxima visita. Usted puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, incluso si previamente ha acordado recibir esta notificación electrónicamente.

*Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o si desea obtener más información, comuníquese con un representante del Departamento de Relaciones con el Paciente. Puede comunicarse con el Departamento de Relaciones con el Paciente de SUNY Downstate Medical Center University Hospital of Brooklyn llamando al 718-270-1111. Puede comunicarse con el Departamento de Relaciones con el Paciente de SUNY Downstate Medical Center en LICH llamando al 718-780-1919.*

### **¿QUIÉNES DEBEN CUMPLIR CON ESTA NOTIFICACIÓN?**

SUNY Downstate Medical Center Health Science Center en Brooklyn brinda atención médica a los pacientes en colaboración con médicos y otros profesionales y organizaciones de atención médica. Las prácticas de privacidad que se describen en esta notificación serán respetadas por:

1. Todos los empleados, los miembros del personal médico, los practicantes, los estudiantes o los voluntarios que se desempeñen en:
  - a. SUNY Downstate Medical Center University Hospital of Brooklyn y todos sus servicios de apoyo;
  - b. SUNY Downstate Medical Center en LICH y todos sus servicios de apoyo;
  - c. SUNY Downstate Medical Center en Bay Ridge;
  - d. University Physicians of Brooklyn, Inc. (UPB), que brinda atención en SUNY Downstate Medical Center Health Science Center en Brooklyn;
  - e. SUNY Research Foundation.
2. Todos los socios comerciales de SUNY Downstate Medical Center Health Science Center en Brooklyn (que se describen más adelante).

## PERMISOS QUE SE DESCRIBEN EN ESTA NOTIFICACIÓN

Esta notificación explica los diferentes tipos de permisos que obtendremos de usted antes de usar o divulgar su información médica con diferentes fines. Los dos tipos de permisos que se mencionan en esta notificación son los siguientes:

- Una “oportunidad de objetar”, que debemos otorgarle antes de poder usar o divulgar su información médica con fines específicos.
- Una “autorización por escrito”, que le brindará información detallada acerca de las personas que pueden recibir su información médica y los fines específicos para los que se podrá usar o divulgar su información médica. Sólo podemos usar y divulgar la información médica acerca de usted que se describe en la autorización por escrito en las formas que se explican en el formulario de autorización escrito que usted ha firmado. Las autorizaciones por escrito tienen fecha de vencimiento.

## INFORMACIÓN RESUMIDA IMPORTANTE

**Requisito de autorización por escrito.** En general, obtendremos su autorización por escrito antes de usar su información médica o de compartirla con otras personas que no pertenezcan al hospital. Usted también puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona completando un formulario de autorización escrito. Si nos otorga una autorización por escrito, puede revocar dicha autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que ya hayamos dependido de ella. Para revocar una autorización por escrito, llame al Departamento de Administración de Información Médica (Health Information Management Department) (SUNY Downstate Medical Center University Hospital of Brooklyn: 718-270-1845; SUNY Downstate Medical Center en LICH: 718-780-4632) para obtener los formularios adecuados.

**Excepciones al requisito de autorización por escrito.** Existen algunas situaciones en las que no necesitamos obtener su autorización por escrito antes de usar su información médica o de compartirla con otros. Estas situaciones se describen a continuación:

- **Excepción por tratamiento, pago y operaciones comerciales.** Podemos usar y divulgar su información médica con el fin de tratar su afección, obtener el pago por el tratamiento o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. En algunos casos, también podemos divulgar su información médica a otro proveedor de atención médica o a otra persona o institución encargada de pagar los gastos de atención médica para sus actividades relacionadas con el pago y determinadas operaciones comerciales. Para obtener más información, consulte las páginas 4-5 de esta notificación.
- **Excepción por directorio de pacientes y divulgación a familiares y amigos que participan en su atención.** Le preguntaremos si tiene alguna objeción a que incluyamos información acerca de usted en nuestro Directorio del establecimiento o a que compartamos su información médica con sus amigos y familiares que participan en su atención. Para obtener más información, consulte la página 5 de esta notificación.
- **Excepción en caso de emergencia o necesidad pública.** Podemos usar o divulgar su información médica en caso de una emergencia o de necesidades públicas importantes. Por ejemplo, podemos compartir su información con funcionarios de salud pública de los departamentos de salud del Estado de Nueva York o de la Ciudad de Nueva York que cuenten con la autorización para investigar y controlar el contagio de enfermedades. Para más ejemplos, consulte las páginas 5-7 de esta notificación.
- **Excepción si la información es total o parcialmente anónima.** Podemos usar o divulgar su información médica si hemos quitado cualquier información que pueda identificarlo para que la información de la salud sea "completamente anónima". También podemos usar y divulgar información "parcialmente anónima" si la persona que recibe la información se compromete por

escrito a proteger la privacidad de la información. Para obtener más información, consulte la página 7 de esta notificación.

**Cómo acceder a su información médica** En general, usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica. Para obtener más información, consulte la página 8 de esta notificación.

**Cómo corregir su información médica** Usted tiene derecho a pedir que modifiquemos su información médica si considera que es incorrecta o que está incompleta. Para obtener más información, consulte la página 8 de esta notificación.

**Cómo identificar a terceros que han recibido su información médica.** Usted tiene derecho a recibir un "registro de divulgaciones" que identifique a ciertas personas u organizaciones con las que hemos compartido su información médica de acuerdo con las protecciones que se describen en esta Notificación sobre prácticas de privacidad. Muchas divulgaciones rutinarias no se incluyen en este registro, pero el registro identifica muchas divulgaciones no rutinarias de su información. Para obtener más información, consulte la página 9 de esta notificación.

**Cómo solicitar protecciones de privacidad adicionales.** Usted tiene derecho a solicitar más restricciones con respecto al modo en el que usamos su información médica o la compartimos con otros. No tenemos la obligación de aceptar la restricción que usted solicita; sin embargo, si la aceptamos, estamos obligados a respetar el acuerdo. Para obtener más información, consulte la página 9 de esta notificación.

**Cómo solicitar comunicaciones más confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos contactemos con usted de un modo que sea más confidencial para usted (p. ej., que lo contactemos en su casa y no en el trabajo). Trataremos de conceder todas las solicitudes razonables. Para obtener más información, consulte la página 10 de esta notificación.

**Cómo otra persona puede actuar en su nombre.** Usted tiene derecho a nombrar a un representante personal que podrá actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. En general, los padres y los tutores tienen derecho a controlar la privacidad de la información médica sobre menores, a menos que los menores estén autorizados por ley a actuar en su propio nombre.

**Cómo conocer las protecciones especiales de la información relacionada con el VIH, la información sobre el alcoholismo, la drogadicción, la salud mental y la información genética.** Existen ciertas protecciones especiales de privacidad que se aplican a la información relacionada con el VIH, la información sobre el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción, la información sobre la salud mental y la información genética. Es posible que algunas partes de esta Notificación general sobre prácticas de privacidad no se apliquen a este tipo de información. Si su tratamiento incluye esta información, se le entregarán notificaciones por separado que explican cómo se protegerá la información. Para solicitar copias de estas otras notificaciones ahora, comuníquese con el Departamento de Admisión (SUNY Downstate Medical Center University Hospital of Brooklyn: 718-270-2862; SUNY Downstate Medical Center en LICH: 718-780-1735).

**Cómo obtener una copia de la notificación revisada.** Es posible que modifiquemos nuestras prácticas de privacidad ocasionalmente. Si lo hacemos, revisaremos esta notificación para que usted cuente con un resumen preciso de nuestras prácticas. La notificación revisada se aplicará a toda su información médica. Una copia de nuestra notificación vigente siempre estará a la vista en nuestras áreas de inscripción. Asimismo, le entregaremos una copia de la notificación revisada si usted la solicita. La fecha de entrada en vigencia de la notificación siempre aparecerá en el margen superior derecho de la primera página. Tenemos la obligación de respetar las disposiciones de la notificación que se encuentra vigente.

**Cómo presentar un reclamo.** Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos o con nosotros. *Nadie tomará represalias ni iniciará ninguna acción en su contra por haber presentado un reclamo.* Para presentarnos un reclamo, comuníquese con un representante del Departamento de Relaciones con el Paciente (SUNY Downstate Medical Center University Hospital of Brooklyn: 718-270-1111, SUNY Downstate Medical Center en LICH: 718-780-1919).

Para presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, puede escribir o llamar a la:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
26 Federal Plaza - Suite 3313  
New York, NY 10278

Número de teléfono: (212) 264-3313  
Dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TDD): (212) 264-2355  
Número de fax: (212) 264-3039

## NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD- DETALLES

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información que recopilamos acerca de usted mientras le brindamos servicios relacionados con la salud. A continuación se presentan algunos ejemplos de información médica protegida:

- información que indique que usted es nuestro paciente o que le estamos proporcionando un tratamiento u otro servicio relacionado con la salud;
- información acerca de su estado de salud (como una enfermedad que usted pueda tener);
- información acerca de los productos o servicios de atención médica que usted ha recibido o que puede recibir en el futuro (como una operación); o
- información acerca de los beneficios de atención médica que usted tiene de acuerdo con un plan de seguros (p. ej., si el plan cubre un medicamento recetado);

*cuando se combina con:*

- información demográfica (como su nombre, dirección o el estado de su seguro);
- números únicos que pueden identificarlo (como su número de seguro social, su número de teléfono o el número de su licencia de conducir); y
- otro tipo de información que pueda identificarlo.

## **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

### **1. Tratamiento, pagos y operaciones comerciales.**

*Antes de recibir servicios por parte de SUNY Downstate Medical Center Health Science Center en Brooklyn, le solicitaremos que firme una declaración para que podamos usar su información médica o compartirla con otros con el fin de tratar su afección, obtener el pago por dicho tratamiento y llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. En algunos casos, también podemos divulgar su información médica para las actividades relacionadas con el pago y determinadas operaciones comerciales de otro proveedor de atención médica u otra persona o institución encargada de pagar los gastos de atención médica. A continuación, se enumeran más ejemplos de cómo se puede usar y divulgar su información con estos fines.*

**Tratamiento.** Podemos compartir su información médica con médicos o enfermeros de SUNY Downstate Medical Center Health Science Center en Brooklyn que participan en su atención. A su vez, ellos pueden usar dicha información para darle un diagnóstico o para tratarlo. Por ejemplo, nuestros médicos pueden compartir su información médica con otro médico de nuestro hospital o con un médico de otro hospital para determinar cómo darle un diagnóstico o cómo tratarlo. Su médico también puede compartir su información médica con otro médico al que usted ha sido derivado para recibir atención médica adicional.

**Pagos.** Podemos usar su información médica o compartirla con otros para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información acerca de usted con su compañía de seguro médico para obtener un reembolso después de haberlo tratado o para determinar si el seguro cubre su tratamiento. Asimismo, es posible que necesitemos informar a su compañía de seguro médico acerca de su estado de salud para obtener una aprobación previa para su tratamiento (p. ej. para que pueda ingresar en el hospital para someterse a un tipo de cirugía en particular). Por último, es posible que compartamos su información con otros proveedores de atención médica o con otras personas o instituciones encargadas de pagar los gastos de atención médica a los fines de sus actividades relacionadas con el pago.

**Operaciones comerciales.** Podemos usar su información médica o compartirla con otros para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal sobre la atención que le brinda o para enseñarle a nuestro personal a mejorar esta atención. Por último, podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica o con otras personas o instituciones encargadas de pagar los gastos de atención médica para algunas de sus operaciones comerciales si la información está asociada con una relación que dicho proveedor, persona o institución tiene o ha tenido con usted, y siempre que el proveedor, persona o

institución tenga la obligación, de acuerdo con las leyes federales, de proteger la privacidad de su información médica.

**Recordatorio de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios.** Durante el transcurso del tratamiento, podemos usar su información médica para contactarlo con el fin de recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios en nuestro establecimiento. También podemos usar su información médica con el fin de recomendar posibles tratamientos alternativos o beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden interesarle.

**Recaudación de fondos.** Para financiar nuestras operaciones comerciales, podemos usar información demográfica acerca de usted, incluso la información sobre su edad y sexo, el lugar donde vive y trabaja, y las fechas en las que recibió tratamiento, con el fin de contactarlo para recaudar fondos para ayudarnos a llevar a cabo dichas operaciones. También podemos compartir esta información con una fundación benéfica que lo contactará para recaudar fondos en nuestro nombre. Usted puede decidir que no desea recibir comunicaciones relacionadas con la recaudación de fondos de parte nuestra.

**Socios comerciales.** Podemos divulgar su información médica a contratistas, agentes y otros socios comerciales que necesiten la información para ayudarnos a obtener pagos o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con una compañía de facturación que nos ayuda a obtener el pago de su compañía de seguros. Otro ejemplo es que podemos compartir su información médica con una empresa de contabilidad o una oficina de abogados que nos brinda asesoramiento profesional acerca de cómo mejorar nuestros servicios de atención médica y respetar la ley. Si divulgamos su información médica a un socio comercial, firmamos un contrato por escrito para asegurarnos de que nuestro socio comercial también protege la privacidad de su información médica.

**Estudiantes y practicantes de atención médica.** SUNY Downstate Medical Center Health Science Center en Brooklyn es un centro académico que ofrece capacitación clínica y práctica profesional para estudiantes y practicantes en el cuidado de la salud. Por lo tanto, podemos compartir su información con ellos, siempre que se comprometan a respetar nuestras políticas de protección de su privacidad.

## **2. Directorio de pacientes/familiares y amigos**

*Podemos usar y divulgar su información médica en nuestro Directorio del Establecimiento o compartirla con familiares y amigos que participen en su atención sin su autorización por escrito. Siempre le daremos una oportunidad de objetar al momento de la inscripción. En emergencias médicas, conversaremos con usted acerca de sus preferencias tan pronto como finalice la emergencia. Usted puede modificar o retirar su objeción en cualquier momento. Cumpliremos sus deseos, a menos que la ley nos exija lo contrario.*

**Directorio del Establecimiento.** Siempre que usted no tenga objeciones, incluiremos su nombre, su ubicación dentro de nuestro establecimiento, su estado general (*p. ej.*, satisfactorio, estable, crítico, etc.) y su religión en nuestro Directorio del Establecimiento mientras sea un paciente del hospital o de alguno de los establecimientos enumerados al principio de esta notificación. Esta información del directorio, excepto su religión, puede divulgarse a personas que pregunten por usted mencionando su nombre. Su religión puede revelarse a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino, incluso si no pregunta por usted mencionando su nombre.

**Familiares y amigos que participan en su atención.** Al momento de la inscripción, le daremos la oportunidad de identificar a familiares o amigos personales cercanos que participan en su atención o encargados del pago de dicha atención con los que podemos compartir su información médica. También podemos notificar a un familiar, representante personal o a otra persona responsable de su atención, acerca de su ubicación dentro del hospital y su estado general, o en el caso desafortunado de su muerte. En algunos casos, es posible que necesitemos compartir su información con una organización de ayuda para catástrofes que nos ayudará a notificar a estas personas.

## **3. Emergencias o necesidad pública**

*Podemos usar su información médica y compartirla con otros para tratarlo en caso de una emergencia o para satisfacer necesidades públicas importantes. No será necesario obtener su consentimiento general por escrito ni una autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica por estos*

*motivos. Sin embargo, obtendremos su autorización por escrito para usar y divulgar su información médica en estas situaciones, o le daremos una oportunidad de objetar esto, cuando las leyes estatales lo requieran específicamente.*

**Emergencias.** Podemos usar o divulgar su información médica en caso de que usted necesite un tratamiento de emergencia o cuando la ley nos exija que lo tratemos pero no podamos obtener su consentimiento general por escrito. Si esto sucede, trataremos de obtener su consentimiento general por escrito tan pronto como podamos, en la medida de lo razonable, después de haberlo tratado.

**Barreras de comunicación.** Podemos usar y divulgar su información médica en caso de que no podamos obtener su consentimiento general por escrito debido a barreras de comunicación significativas, pero nosotros creemos que usted desearía recibir nuestra atención si pudiéramos comunicarnos con usted.

**Según los requisitos de la ley.** Podemos usar o divulgar su información médica en los casos en los que la ley nos exija hacerlo. Asimismo, le comunicaremos estos usos y divulgaciones si la ley requiere una notificación.

**Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia gubernamental extranjera que colabore con dichos funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con funcionarios gubernamentales responsables de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o de informar nacimientos y muertes. También podemos divulgar su información médica a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que puede estar en riesgo de contraer o contagiar la enfermedad si la ley nos autoriza a hacerlo. Por último, podemos revelar cierta información médica acerca de usted a su empleador si su empleador nos contrata para que le realicemos un examen físico y descubrimos que usted tiene una lesión relacionada con su trabajo o una enfermedad que su empleador debe conocer con el fin de cumplir con las leyes laborales.

**Víctimas de abuso, abandono o violencia en el hogar.** Podemos divulgar su información médica a una autoridad de salud pública autorizada para recibir denuncias de abuso, abandono o violencia en el hogar. Por ejemplo, podemos divulgar su información a funcionarios gubernamentales si, en la medida de lo razonable, consideramos que usted ha sido víctima de abuso, abandono o violencia en el hogar. Haremos todo lo posible para obtener su autorización antes de revelar esta información, pero en algunos casos podríamos estar obligados o autorizados a actuar sin su permiso.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar su información médica a agencias gubernamentales autorizadas para llevar a cabo auditorías, investigaciones e inspecciones en nuestro establecimiento. Estas agencias gubernamentales controlan la operación del sistema de atención médica, los programas de beneficios del gobierno, como Medicare y Medicaid, y el cumplimiento de los programas reglamentarios gubernamentales y las leyes de derechos civiles.

**Control, reparación y retiro de productos.** Podemos divulgar su información médica a una persona o compañía regulada por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) con los siguientes objetivos: (1) informar o encontrar defectos o problemas en los productos; (2) reparar, reemplazar o retirar productos defectuosos o peligrosos; o (3) controlar el desempeño de un producto después de su aprobación para el uso por parte del público en general.

**Demandas y disputas.** Podemos divulgar su información médica si nos lo ordena un tribunal judicial o administrativo que debe resolver una demanda u otro tipo de disputa.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios encargados del cumplimiento de la ley por los siguientes motivos:

- para cumplir con órdenes judiciales o leyes que estamos obligados a respetar;
- para ayudar a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley a identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo o a una persona desaparecida;

- si usted ha sido víctima de un delito y determinamos que: (1) no hemos podido obtener su consentimiento general por escrito debido a una emergencia o debido a su discapacidad; (2) los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley necesitan esta información de inmediato para llevar a cabo sus tareas relacionadas con el cumplimiento de la ley; y (3) según nuestro criterio profesional, la divulgación a estos funcionarios es necesaria para su beneficio;
- si sospechamos que su muerte fue el resultado de una conducta delictiva;
- si resulta necesario para denunciar un delito que se cometió en nuestras instalaciones; o
- si resulta necesario para denunciar un delito descubierto durante una emergencia médica fuera del establecimiento (por ejemplo, por técnicos en emergencias médicas en el lugar donde se cometió el delito).

**Para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.** Podemos usar su información médica o compartirla con otros cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o su seguridad, o para la salud o la seguridad de otra persona o del público en general. En esos casos, sólo compartimos su información con una persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza. Asimismo, podemos divulgar su información médica a funcionarios encargados del cumplimiento de la ley si usted nos dice que ha participado en un delito violento que puede haberle causado daño físico grave a otra persona (a menos que usted admita el hecho durante una sesión de asesoramiento) o si determinamos que usted se ha escapado después de haber estado bajo custodia legal (como una prisión o una institución de salud mental).

**Actividades de seguridad nacional y de inteligencia o servicios de protección.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados que lleven a cabo actividades de seguridad nacional y de inteligencia o que presten servicios de protección al Presidente o a otros funcionarios importantes.

**Militares y veteranos.** Si usted pertenece a las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información médica a las autoridades militares adecuadas para actividades que dichas autoridades consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar. También podemos divulgar información médica acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera que corresponda.

**Presos e instituciones correccionales.** Si usted está preso o si es detenido por un funcionario encargado del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información médica a la prisión o a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, en caso de ser necesario, para brindarle atención médica o para mantener la seguridad y el buen orden en el lugar donde usted está preso o detenido. Esto incluye compartir información que es necesaria para proteger la salud y la seguridad de otros presos o personas que participen en la supervisión o el traslado de presos.

**Indemnización por accidentes laborales.** Podemos divulgar su información médica a programas de indemnización laboral o a otros programas similares que ofrecen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

**Médicos forenses y directores de funerarias.** En el caso desafortunado de su muerte, podemos usar y divulgar su información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. Asimismo, podemos revelar esta información a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus funciones.

**Donación de órganos y tejidos.** En el evento desafortunado de su muerte, podemos divulgar su información médica a organizaciones que buscan o almacenan órganos, ojos u otros tejidos, para que estas organizaciones puedan investigar si la donación o el trasplante son posibles de acuerdo con las leyes aplicables.

**Investigación.** En la mayoría de los casos, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar su información médica o de compartirla con otros para llevar a cabo una investigación. Sin embargo, en algunas circunstancias, podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito si obtenemos la aprobación a través de un proceso especial para asegurarnos de que la investigación, sin su autorización por escrito, represente un riesgo mínimo para su privacidad. No obstante, en ningún caso

permitiremos que los investigadores usen su nombre o identidad públicamente. También podemos revelar su información médica sin su autorización por escrito a personas que están preparando un futuro proyecto de investigación, siempre que cualquier información que lo identifique no salga de nuestro establecimiento. En el caso desafortunado de su muerte, podemos compartir su información médica con personas que llevan a cabo una investigación utilizando la información de personas fallecidas, siempre que dichas personas se comprometan a no retirar la información que lo identifique de nuestro establecimiento.

#### **4. Información completamente anónima o parcialmente anónima.**

Podemos usar y divulgar su información médica si hemos quitado cualquier información que pueda identificarlo para que la información médica sea "completamente anónima". También podemos usar y divulgar información médica "parcialmente anónima" acerca de usted si la persona que recibe la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información, según lo requieran las leyes federales y estatales. La información parcialmente anónima *no* incluye información que lo identifique directamente (como su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, sitio web o número de licencia de conducir).

#### **5. Divulgaciones incidentales**

Aunque tomaremos las medidas razonables para salvaguardar la privacidad de su información médica, ciertas divulgaciones de su información médica pueden ocurrir durante, o como resultado inevitable de, los demás usos o divulgaciones permitidos de su información médica. Por ejemplo, durante una sesión de tratamiento, otros pacientes que se encuentran en el área de tratamiento pueden ver su información médica o escuchar una conversación acerca de dicha información.

### **SUS DERECHOS PARA ACCEDER A SU INFORMACIÓN MÉDICA Y A CONTROLARLA**

*Queremos que usted sepa que goza de los siguientes derechos para acceder a su información médica y a controlarla. Estos derechos son importantes porque lo ayudarán a asegurarse de que la información médica que tenemos acerca de usted sea exacta. También pueden ayudarlo a controlar el modo en el que usamos su información y la compartimos con otros, o el modo en el que nos comunicamos con usted en relación con cuestiones médicas.*

#### **1. Derecho a inspeccionar y copiar registros**

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de toda información médica acerca de usted que se pueda usar para tomar decisiones acerca de usted y de su tratamiento durante todo el tiempo en que esta información permanezca en nuestros registros. Esto incluye su historia clínica y sus registros de facturación. Para inspeccionar u obtener una copia de su información médica, comuníquese con el Departamento de Administración de Información Médica (Health Information Management Department) (SUNY Downstate Medical Center University Hospital of Brooklyn: 718-270-1845, SUNY Downstate Medical Center en LICH: 718-780-4632) para obtener un formulario de solicitud adecuado. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle por los costos de la copia, del envío por correo o de otros suministros que usamos para cumplir con su solicitud. El cargo normal es de \$0.75 por página y, en general, se debe abonar antes de que le entregemos las copias, o en el mismo momento.

Responderemos a su solicitud de inspección en el plazo de 10 días. Normalmente, respondemos a las solicitudes de copias en el plazo de 30 días si la información se encuentra en nuestro establecimiento y en el plazo de 60 días si la información se encuentra en otro establecimiento. Si necesitamos un plazo adicional para responder a una solicitud de copias, le enviaremos una notificación por escrito en el plazo indicado anteriormente con el fin de explicar el motivo de la demora y de informar la fecha aproximada en la que recibirá una respuesta final a su solicitud.

En casos muy excepcionales, podemos rechazar su solicitud para inspeccionar u obtener una copia de su información. Si lo hacemos, le entregaremos un resumen de la información en lugar de lo solicitado. También le enviaremos una notificación por escrito que explique los motivos por los que le entregamos sólo un resumen, una descripción completa de sus derechos para solicitar que se evalúe la decisión, e información sobre cómo ejercer dichos derechos. La notificación también incluirá información acerca de

cómo presentar un reclamo acerca de estas cuestiones ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos o con nosotros. Si tenemos algún motivo para rechazar sólo una parte de su solicitud, le otorgaremos acceso completo a las partes restantes luego de excluir la información que no podemos dejar que usted copie o inspeccione.

## **2. Derecho a modificar registros**

Si usted considera que la información médica que tenemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Usted tiene derecho a solicitar que se modifique la información durante todo el tiempo que la información permanezca en nuestros registros. Para solicitar una enmienda, comuníquese con el Departamento de Administración de Información Médica (Health Information Management Department) (SUNY Downstate Medical Center University Hospital of Brooklyn: 718-270-1845; SUNY Downstate Medical Center en LICH: 718-780-4632) para obtener los formularios de solicitud adecuados. En el formulario de solicitud, usted debe incluir los motivos por los que considera que debemos modificar la información. Normalmente, respondemos a su solicitud en el plazo de 60 días. Si necesitamos un plazo adicional para responder, le enviaremos una notificación por escrito en el plazo de 60 días para explicarle el motivo de la demora e informarle la fecha aproximada en la que recibirá una respuesta final a su solicitud.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le entregaremos una notificación por escrito que explique los motivos de nuestra decisión. Usted tiene derecho a que cierta información relacionada con la modificación solicitada se incluya en sus registros. Por ejemplo, si no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá una oportunidad para presentar una declaración que explique el motivo del desacuerdo. Esta declaración se incluirá en sus registros. También incluiremos información acerca de cómo presentar un reclamo ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos o con nosotros. Estos procedimientos se explicarán en más detalle en la notificación escrita de rechazo que le enviemos.

## **3. Derecho a un registro de divulgaciones**

Usted tiene derecho a solicitar un "registro de divulgaciones" que identifique a ciertas personas u organizaciones con las que hemos compartido su información médica de acuerdo con las leyes aplicables y las protecciones que se describen en esta Notificación sobre prácticas de privacidad. Un registro de divulgaciones no describe el modo en el que su información médica se ha compartido en el hospital o los establecimientos enumerados al principio de esta notificación, ni entre ellos, siempre que se haya cumplido con todas las demás protecciones que se describen en esta Notificación sobre prácticas de privacidad (como obtener las aprobaciones requeridas antes de compartir su información médica con nuestros médicos para fines de investigación).

Además, un registro de divulgaciones no incluye información acerca de las siguientes divulgaciones:

- Divulgaciones que realizamos a usted o a su representante personal;
- Divulgaciones que realizamos de acuerdo con su autorización por escrito;
- Divulgaciones que realizamos a los fines de un tratamiento, un pago o a los fines de operaciones comerciales;
- Divulgaciones realizadas en relación con el directorio de pacientes;
- Divulgaciones a sus amigos o familiares que participan en su atención o en el pago de su atención;
- Divulgaciones incidentales derivadas de los usos y divulgaciones permitidos de su información médica (por ejemplo, cuando otro paciente escucha por casualidad una conversación sobre su información médica);
- Divulgaciones de aspectos limitados de su información médica que no lo identifican directamente, realizadas con fines de investigación, salud pública o con el fin de llevar a cabo nuestras operaciones comerciales;
- Divulgaciones realizadas a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional;
- Divulgaciones acerca de presos realizadas a instituciones correccionales o a funcionarios encargados del cumplimiento de la ley;
- Divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

Para solicitar un registro de divulgaciones, comuníquese con el Departamento de Administración de Información Médica (Health Information Management Department) (SUNY Downstate Medical Center University Hospital of Brooklyn: 718-270-1845; SUNY Downstate Medical Center en LICH: 718-780-4632) para obtener un formulario de solicitud adecuado. En el formulario de solicitud, debe indicar un período de tiempo dentro de los últimos seis años para las divulgaciones que desea que incluyamos. Por ejemplo, usted puede solicitar una lista de las divulgaciones que hemos realizado entre el 1 de enero de 2010 y el 1 de enero de 2011. Usted tiene derecho a recibir un registro sin cargo cada 12 meses. Sin embargo, podemos cobrarle si solicita un registro adicional durante el mismo período de 12 meses. Siempre lo informaremos acerca de cualquier costo involucrado para que usted pueda optar por retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en costos.

Normalmente, respondemos a su solicitud de registro en el plazo de 60 días. Si necesitamos un plazo adicional para preparar el registro solicitado, le enviaremos una notificación por escrito acerca del motivo de la demora y la fecha aproximada en la que recibirá el registro. En casos excepcionales, es posible que nos demoremos en entregarle el registro y que no se lo comuniquemos debido a que un funcionario encargado del cumplimiento de la ley o una agencia gubernamental nos lo han solicitado.

#### **4. Derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales**

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos todavía más el modo en el que usamos y divulgamos su información médica con el objetivo de tratar su afección, obtener el pago por dicho tratamiento o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. También puede solicitar que limitemos el modo en el que divulgamos información acerca de usted a su familiares o amigos que participan en su atención. Por ejemplo, usted puede solicitar que no divulguemos información acerca de una cirugía a la que se ha sometido. Le daremos la oportunidad de solicitar una restricción al momento de la inscripción. También puede comunicarse con el Departamento de Relaciones con el Paciente (SUNY Downstate Medical Center University Hospital of Brooklyn: 718-270-1111; SUNY Downstate Medical Center en LICH: 718-780-1919) para obtener un formulario de solicitud adecuado. En el formulario de solicitud, debe especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar cómo utilizamos la información, cómo la compartimos con otros, o ambas; y (3) a quién desea que se apliquen los límites.

No tenemos la obligación de aceptar su solicitud de restricción, y, en algunos casos, la restricción solicitada por usted puede no estar permitida por la ley. *Sin embargo, si la aceptamos, estamos obligados a respetar el acuerdo, a menos que la información se necesite para proporcionarle un tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley.* Una vez que hayamos aceptado una restricción, usted tendrá derecho a revocar la restricción en cualquier momento. En algunos casos, nosotros también tendremos derecho a revocar la restricción siempre que se lo comuniquemos a usted antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de poder revocar la restricción.

#### **5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por cuestiones médicas de un modo más confidencial. Puede solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, usted puede solicitar que lo contactemos en su casa y no en su trabajo. Al momento de la inscripción, le daremos la oportunidad de solicitar comunicaciones confidenciales. También puede comunicarse con el Departamento de Relaciones con el Paciente (SUNY Downstate Medical Center University Hospital of Brooklyn: 718-270-1111; SUNY Downstate Medical Center en LICH: 718-780-1919) para obtener un formulario de solicitud adecuado. En el formulario de solicitud, usted debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos y cómo se manejará el pago por su atención médica si nos comunicamos con usted a través de este método alternativo o en esta ubicación alternativa. *No le preguntaremos el motivo de su solicitud y trataremos de conceder todas las solicitudes que sean razonables.*