

## **NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013

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

Tenemos la obligación legal de proteger la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad, y de proporcionarle una copia de esta notificación, donde se describen nuestras obligaciones legales y las prácticas sobre privacidad de la información médica del SUNY Downstate Medical Center, su personal médico y los proveedores de atención médica asociados que proveen servicios de atención médica en forma conjunta con SUNY Downstate Medical Center. 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. 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 llamando al 718-270-1111.*

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

El SUNY Downstate Medical Center brinda atención médica a pacientes, conjuntamente 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. University Physicians of Brooklyn, Inc. (UPB), que presta atención médica en el SUNY Downstate Medical Center;
  - c. SUNY Research Foundation.
2. Todos los colaboradores comerciales de SUNY Downstate Medical Center (que se detallan 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 distintos 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 la mayoría de los casos, para usar y divulgar notas de psicoterapia o su información médica para fines de comercialización y para divulgar cuestiones relacionadas con la venta de su información médica, será necesaria su autorización escrita previa. Además, no se usará o divulgará su información médica de maneras que no estén descritas en esta notificación, salvo que usted haya otorgado su autorización previa. Usted también puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona llenando 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 nos hayamos basado en ella. Para revocar una autorización escrita, llame al Departamento de Administración de la Información Médica al teléfono 718-270-1845, a fin de obtener los formularios correspondientes.

**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 para 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 la página 4 de esta notificación.
- **Excepción para el directorio de pacientes, y para 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 dar a conocer su información a funcionarios de salud pública de los departamentos de salud del estado de Nueva York o de la ciudad de Nueva York que cuenten con 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 las páginas 7 y 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 hayan 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 las páginas 8 y 9 de esta notificación.

**Cómo solicitar otras formas de protección de privacidad.** 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. No obstante, si usted solicita que se restrinja la divulgación de su información médica a una persona encargada de efectuar pagos o realizar operaciones de atención médica, y dicha divulgación corresponde a un ítem o servicio de atención médica que usted (u otra

persona, en su nombre) pagó en su totalidad de su bolsillo en el momento de su solicitud, tenemos la obligación legal de aceptar su restricción. Para obtener más información, consulte la página 9 de esta notificación.

**Cómo solicitar comunicaciones más confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de un modo que sea más confidencial para usted (p. ej., que nos comuniquemos con usted en su casa y no en el trabajo). Trataremos de conceder todas las solicitudes razonables. Para obtener más información, consulte la página 9 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 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, 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 obtener ahora copias de estas otras notificaciones, comuníquese con el Departamento de Admisiones, llamando al 718-270-2862.

**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.

**Como se le notificará un incumplimiento.** Consideramos muy seriamente la protección de su información médica. No obstante, en el desafortunado caso de que se produzca una infidencia con respecto a su información médica que no haya estado resguardada, usted tiene derecho a ser informado. Le enviaremos una notificación escrita con los detalles de la infidencia y, si no podemos comunicarnos con usted, haremos todo lo posible para contactarlo por medios alternativos.

**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 de Relaciones con el Paciente, llamando al 718-270-1111. También puede comunicarse con la Línea de Cumplimiento del SUNY Downstate Medical Center llamando al **877-349-SUNY (7869)** o puede hacer una denuncia a través de la Web haciendo clic en "Línea de Cumplimiento", en la parte inferior de la página web del SUNY Downstate Medical Center, [www.downstate.edu](http://www.downstate.edu).

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 del SUNY Downstate Medical Center, le pediremos que firme una declaración para que podamos usar su información médica o darla a conocer a otras personas 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.** Podremos dar a conocer su información médica a médicos o enfermeros del SUNY Downstate Medical Center que participen 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, podremos dar a conocer su información a otros proveedores de atención médica o a otras personas para que efectúen los pagos necesarios.

**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, podremos dar a conocer su información médica a otros proveedores de atención médica o a otras personas encargadas de pagar determinadas operaciones comerciales si la información está asociada con una relación actual que los nombrados tengan o hayan tenido con usted, y siempre que tengan la obligación, según las leyes federales, de proteger la privacidad de su información médica.

**Recaudación de fondos.** Para respaldar nuestras operaciones comerciales, podremos usar la información demográfica sobre su persona, por ejemplo, información sobre su edad, sexo y fecha de nacimiento; lugar donde reside o trabaja; fechas en que recibió tratamiento; situación de su seguro de salud; departamento o consultorio donde recibió tratamiento; nombre del

médico que lo trató e información sobre resultados generales (por ejemplo, resultado positivo o negativo del tratamiento) a fin de comunicarnos con usted para recaudar dinero que contribuya a nuestras operaciones. También podemos compartir esta información con una fundación benéfica que se comunicará con usted para recaudar fondos en nuestro nombre. Usted tiene derecho a dejar de recibir comunicaciones de nuestra parte relacionadas con la recaudación de fondos. Para hacerlo, comuníquese con el Departamento de Relaciones con el Paciente llamando al 718-270-1111, a fin de obtener el formulario de solicitud correspondiente. Además, usted tendrá la oportunidad de dejar de recibir otras comunicaciones relacionadas con la recaudación de fondos junto con cualquier carta de solicitud que reciba de nuestra parte.

**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 ayude 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 brinde 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 proteja la privacidad de su información médica.

**Estudiantes y practicantes de atención médica.** El SUNY Downstate Medical Center es un centro académico que ofrece capacitación clínica y práctica profesional para estudiantes y practicantes de asistencia médica. 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 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 este 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 fallecimiento. 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 Alimentos y Medicamentos (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 judiciales 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 nacionales de seguridad, 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 participan 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. Transcurridos 50 años desde la fecha de defunción, la información médica deja de tener las protecciones detalladas en esta notificación.

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

Podemos usar y divulgar su información médica si hemos eliminado 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 encuentren 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 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), llamando al 718-270-1845, a fin de obtener el formulario de solicitud correspondiente. 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 entreguemos las copias, o en el mismo momento.

Responderemos a su solicitud de inspección en el plazo de 10 días. Normalmente responderemos a su pedido de copias en el plazo de 30 días. 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. No obstante, siempre responderemos a su solicitud de copias en el plazo de 60 días.

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), llamando al 718-270-1845, a fin de obtener el formulario de solicitud correspondiente. 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 realicemos a usted o a su representante personal;
- Divulgaciones que realicemos de acuerdo con su autorización por escrito;
- Divulgaciones que realicemos a los fines de realizar un tratamiento, un pago o en apoyo a operaciones comerciales;
- Divulgaciones realizadas en relación con el directorio de pacientes;
- Divulgaciones a sus amigos o familiares que participen 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 (fecha de vigencia de la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, HIPAA).

Para solicitar un registro de divulgaciones, comuníquese con el Departamento de Administración de Información Médica (Health Information Management Department), llamando al 718-270-1845, a fin de obtener el formulario de solicitud correspondiente. 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 2012 y el 1 de enero de 2013. 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 le informaremos acerca de cualquier costo involucrado para que 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 sus familiares o amigos que participen en su atención. Por ejemplo, usted puede solicitar que no divulguemos información acerca de una cirugía a la que se haya 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 llamando al 718-270-1111, para obtener el formulario de solicitud correspondiente. 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 podría no estar permitida por la ley. *Si la aceptamos, estaremos obligados a respetar el acuerdo, a menos que la información se necesite para proporcionarle un tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley.* No obstante, si usted solicita que se restrinja la divulgación de su información médica a una persona encargada de efectuar pagos o realizar operaciones de atención médica, y dicha divulgación corresponde a un ítem o servicio de atención médica que usted (u otra persona, en su nombre) pagó en su totalidad de su bolsillo en el momento de su solicitud, tenemos la obligación legal de aceptar su restricción. 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 nos comuniquemos con usted 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, llamando al 718-270-1111, para obtener el formulario de solicitud correspondiente. En el formulario de solicitud 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 razonables.*