

# **AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha de Entrada en Vigencia: 12 de julio de 2017

**ESTE AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (“AVISO”) DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CON CUIDADO.**

El respeto por la privacidad de nuestros pacientes es altamente valorado en HSS ASC of Manhattan. No solo es lo que nuestros pacientes esperan, es la manera correcta de ofrecer atención en salud. Como lo requiere la ley, protegeremos la privacidad de la información de salud que pueda divulgar su identidad y le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso que describe las prácticas privadas de información de salud de HSS ASC, su personal médico y profesionales de la salud afiliados al prestar servicios en salud para HSS ASC. Nuestro Aviso será publicado en un lugar destacado. Usted también podrá obtener una copia de nuestro Aviso visitando el sitio Web [www.hss.edu/asc](http://www.hss.edu/asc), llamando a HSS ASC al (212) 548-2510, o solicitándola durante su próxima visita.

*Si tiene alguna pregunta sobre nuestro Aviso o desea mayor información, por favor contacte al Funcionario de Privacidad de ASC al (212) 548-2510.*

## **¿QUIÉN DEBE SEGUIR LAS PRÁCTICAS INDICADAS EN ESTE AVISO?**

HSS ASC of Manhattan ofrece servicios de atención médica a pacientes junto con médicos y otros profesionales y organizaciones de la salud. Las prácticas de privacidad descritas en este Aviso serán seguidas por:

- Cualquier profesional de la salud que preste servicios directos para tratarlo a usted en HSS ASC; y
- Todos los empleados, personal médico, practicantes, estudiantes y voluntarios en HSS ASC que proporcionan servicios directos a HSS ASC.

Las prácticas de privacidad descritas en este Aviso no aplican cuando se le presta asistencia en los consultorios privados del personal médico o de otros profesionales de la salud de HSS ASC. Por ejemplo, si un médico proporciona servicios quirúrgicos en HSS ASC, aplicarán las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. Si el mismo médico lo atiende para una cita de seguimiento en su consultorio privado, las prácticas de privacidad de este Aviso no aplicarán. El médico deberá proporcionarle un Aviso separado explicando las prácticas de privacidad que aplican a su consultorio privado. Adicionalmente, las prácticas privadas descritas en este Aviso no aplican a miembros del personal médico u otros miembros de la fuerza laboral de HSS ASC cuando lo tratan en otros hospitales o centros.

## **PERMISOS DESCRITOS EN ESTE AVISO**

Este Aviso explicará los diferentes tipos de permisos que obtendremos de usted antes de usar o divulgar su información de salud para ciertos propósitos. Los dos tipos de permisos referidos en este Aviso son:

- Una “oportunidad de oponerse” que le proporcionaremos antes de usar o divulgar su información de salud para ciertos propósitos. En estas situaciones usted tendrá una oportunidad de oponerse al uso o divulgación de su información de salud en persona, por teléfono o por escrito.
- Una “autorización por escrito” donde le proporcionaremos con información detallada sobre quién podrá recibir su información de salud para ciertos propósitos específicos. Solo podremos usar y divulgar su información de salud descrita en la autorización por escrito en las formas que se explican en el formulario de autorización por escrito que usted ha firmado. Una autorización por escrito tendrá condición o fecha de vencimiento.

## **QUÉ INFORMACIÓN DE SALUD SE ENCUENTRA PROTEGIDA**

Estamos comprometidos con proteger la privacidad de la información que recolectamos sobre usted mientras le proporcionamos servicios de salud. Algunos ejemplos de información de salud protegida son:

- Información que indique que usted es un paciente de HSS ASC o que recibe tratamiento u otros servicios de salud en HSS ASC;
- Información sobre su condición de salud (tal como una enfermedad que usted pueda tener);
- información sobre productos o servicios de atención médica que usted ha recibido o puede recibir en el futuro (tales como una operación); o
- información sobre sus beneficios de atención médica bajo un plan de seguro (tales como si se cubre una receta médica);

*cuando se combina con:*

- información demográfica (tales como su nombre, dirección o estado de seguro);

- números únicos que lo pueden identificar (tales como su número de Seguridad Social, su teléfono o su número de licencia de conducción); o
- otros tipos de información que lo pueden identificar.

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

**Requisito de Autorización por Escrito.** En general obtendremos su autorización por escrito antes de usar su información de salud o de compartirla con otros fuera de HSS ASC.

**Excepciones al Requisito de Autorización por Escrito.** Hay algunas situaciones donde no necesitamos su autorización por escrito antes de usar su información de salud o para compartirla con otros. Estas son:

### **1. Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica**

*Podemos usar su información de salud o compartirla con otros para tratar su condición, obtener pago por dicho tratamiento, y realizar nuestras operaciones de atención médica. En algunos casos, también podemos divulgar su información de salud para actividades de pago y ciertas operaciones de atención médica de otro profesional de la salud o pagador.*

**Tratamiento.** Podemos compartir su información de salud con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud de HSS ASC que se encuentren involucrados con su cuidado, y a su vez pueden utilizar esa información para diagnosticar y tratarlo. Un médico de HSS ASC puede compartir su información de salud con otro médico dentro de HSS ASC, o con un médico en otro hospital, para determinar cómo diagnosticarlo y tratarlo. Su médico también puede compartir su información de salud con otro médico al cual usted haya sido referido para asistencia en salud adicional.

**Pago.** Podemos usar su información de salud o compartirla con otros para que podamos obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre usted con su compañía de seguro médico para obtener el reembolso después de haberlo tratado, o para determinar si cubrirán su tratamiento. También podemos tener que informar a su compañía de seguro médico sobre su condición de salud para obtener pre-aprobación de su tratamiento. Finalmente, podemos compartir su información con otros profesionales de la salud y pagadores para sus actividades de pago.

**Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar su información de salud o compartirla con otros para realizar nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal durante su cuidado, o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar el cuidado que prestan. Finalmente, podemos compartir su información de salud con otros profesionales de la salud y pagadores para ciertas de sus operaciones de atención médica si la información se relaciona con una relación que un profesional o pagador tiene actualmente o tuvo previamente con usted, y si el profesional o el pagador se encuentra obligado bajo ley federal a proteger la privacidad de su información de salud.

**Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento, o Distribución de Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud.** En el curso de proporcionarle tratamiento, podemos utilizar su información de salud para contactarlo con un recordatorio para su cita para tratamiento o servicios en nuestras instalaciones. También podemos usar su información de salud para recomendarle posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés. Sin embargo, en la medida que un tercero nos proporcione remuneración financiera para proporcionarle estas comunicaciones relacionadas con el tratamiento u operaciones de atención médica, obtendremos su

autorización por anticipado como lo haríamos con cualquier otra comunicación de mercadeo (según se describe más abajo en este Aviso).

**Asociados Comerciales.** Podemos divulgar su información de salud a contratistas, agentes y otros asociados comerciales que necesiten la información para ayudarnos a obtener pago o realizar nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con una empresa de facturación que nos ayuda a obtener el pago de la compañía aseguradora. Otro ejemplo es que podemos compartir su información de salud con una firma de contabilidad o firma de abogados que proporcione asesoría profesional sobre cómo mejorar nuestros servicios de atención médica y cumplir con la ley. Si divulgamos su información de salud a un asociado comercial, tendremos un contrato escrito que requiera que nuestro asociado comercial proteja la privacidad de su información de salud.

## **2. Directorio de Pacientes y Familia y Amigos**

*Podemos usar su información de salud en, y divulgarla en, nuestro Directorio de Pacientes, o compartirla con familia y amigos involucrados en su cuidado, sin su autorización por escrito. Usted tendrá la oportunidad de objetar estos usos y divulgaciones de su información de salud a menos que haya tiempo insuficiente debido a una emergencia médica (en cuyo caso discutiremos sus preferencias con usted una vez la emergencia haya pasado). Cumpliremos sus deseos a menos que se nos requiera por ley lo contrario.*

**Directorio de Pacientes.** Si usted no se opone, incluiremos su nombre, su ubicación en nuestras instalaciones, su condición general (por ejemplo, buena, estable, crítica, etc.), y su afiliación religiosa en nuestro Directorio de Pacientes mientras usted sea un paciente en HSS ASC. La información del directorio, salvo por su afiliación religiosa, podrá ser divulgada a personas que pregunten por usted por nombre. Su afiliación religiosa podrá divulgarse a un miembro del clero, tal como un sacerdote o rabino, aún si él o ella no pregunta por usted por nombre.

**Familia y Amigos Involucrados en su Cuidado.** Si usted no se opone, podemos compartir su información de salud con un miembro de su familia, pariente, o amigo personal cercano que se encuentre involucrado en su cuidado o pago por ese cuidado. También podremos notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona responsable por su cuidado sobre su ubicación y condición general aquí en HSS ASC. En algunos casos, podremos tener la necesidad de compartir su información con una organización de socorro en caso de desastres que nos ayudará notificar a estas personas.

## **3. Emergencias o Necesidad Pública**

*Podemos utilizar su información de salud, y compartirla con otros, para tratarlo en caso de una emergencia o para cumplir con necesidades públicas importantes. No estaremos obligados a obtener su autorización por escrito o a proporcionarle la oportunidad de objetar antes de usar o divulgar su información de salud por estas razones. Sin embargo, sí obtendremos su autorización por escrito para, o le proporcionaremos la oportunidad de objetar a, el uso y divulgación de su información de salud en estas situaciones donde la ley estatal específicamente lo requiera.*

**Emergencias.** Podremos usar o divulgar su información de salud si usted requiere tratamiento de emergencia o si estamos obligados por ley a brindarle tratamiento.

**Según lo requiera la ley.** Podemos usar o divulgar su información de salud si lo requiere la ley. Le notificaremos de estos usos y divulgaciones si la ley requiere dar aviso.

**Actividades de Salud Pública.** Podremos divulgar su información de salud 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 de salud con funcionarios gubernamentales que son responsables por el control de enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información de salud a una persona que pudo estar expuesta a una enfermedad contagiosa o en riesgo de contraer o propagar la enfermedad si la ley requiere o permite hacerlo. Y finalmente, podemos divulgar parte de su información de salud a su empleador si su empleador nos contrata para realizarle un examen físico y descubrimos que usted tiene una lesión o enfermedad ocupacional que su empleador debe conocer para cumplir con las leyes laborales.

**Víctimas de Abuso, Abandono, o Violencia Intrafamiliar.** Podemos divulgar su información de salud a una autoridad de salud pública que se encuentre autorizada para recibir reportes de abuso, abandono o violencia intrafamiliar. Por ejemplo, podemos reportar su información a funcionarios gubernamentales si creemos razonablemente que ha sido víctima de dicho abuso, abandono o violencia intrafamiliar. Haremos esfuerzos por obtener su permiso antes de divulgar esta información, pero en algunos casos podemos estar obligados o autorizados para actuar sin su permiso.

**Actividades de Supervisión de Salud.** Podemos divulgar su información de salud a agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales monitorean la operación del sistema asistencial, programas de prestaciones del gobierno tales como Medicare y Medicaid, y el cumplimiento con programas regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.

**Monitoreo, Reparación y Retiro de Producto.** Podemos divulgar su información de salud a una persona o compañía que se encuentre regulada por la Administración de Medicamentos y Alimentos para efectos de: (1) reportar o hacer seguimiento a defectos o problemas de producto; (2) reparar, reemplazar, o retirar productos defectuosos o peligrosos; o (3) monitorear el desempeño de un producto luego de ser aprobado para uso por el público general.

**Demandas y Disputas.** Podemos divulgar su información de salud si se nos ordena hacerlo por una corte o tribunal administrativo que conozca de una demanda u otra disputa.

**Autoridades.** Podemos divulgar su información de salud a las autoridades por las siguientes razones:

- Para cumplir con órdenes judiciales o leyes que debemos seguir;
- Para ayudar a las autoridades a identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
- Si usted ha sido víctima de un delito y determinamos que: (1) no hemos podido obtener su consentimiento debido a una emergencia o su discapacidad; (2) las autoridades requieren esta información inmediatamente para llevar a cabo sus deberes para hacer cumplir la ley; y (3) en nuestra opinión profesional la divulgación a estos funcionarios es en su mejor interés;
- Si sospechamos que su muerte fue el resultado de conducta criminal;
- Si es necesario para reportar un delito que ocurrió en nuestra propiedad; o
- Si es necesario para reportar un delito descubierto durante una emergencia médica fuera de las instalaciones (por ejemplo, por técnicos médicos de emergencia en la escena del crimen).

**Para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.** Podemos usar su información de salud o compartirla con otros cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente a su salud

o seguridad, o la salud o seguridad de otra persona o del público. En tales casos, solo compartiremos su información con alguien que pueda ayudar a evitar la amenaza. También podemos divulgar su información de salud a las autoridades si usted nos dice que participó en un delito violento que pudo haber causado serio daño físico a otra persona (a menos que haya admitido dicho hecho durante terapia), o si determinamos que usted escapó de custodia legal (tal como prisión o una institución de salud mental).

**Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia o Servicios de Protección.** Podremos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados que lleven a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia o que proporcionen servicios de protección al Presidente u otros funcionarios importantes.

**Militares y Veteranos.** Si usted hace parte de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información de salud a las autoridades de comando militar adecuadas para actividades que ellos consideren necesarias para realizar su misión militar. También podemos divulgar información de salud sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera adecuada.

**Presos e Instituciones Correccionales.** Si usted es un preso o se encuentra detenido por las autoridades, podemos divulgar su información de salud a funcionarios de la prisión o autoridades si es necesario proporcionarle cuidados de atención médica, o para mantener la seguridad y buen orden en el lugar donde usted se encuentra confinado. Esto incluye compartir información que sea necesaria para proteger la salud y seguridad de otros presos o personas involucradas en la supervisión o transporte de presos.

**Compensación por Accidentes Laborales.** Podemos divulgar su información de salud para compensación por accidentes laborales o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones laborales.

**Forenses, Médicos Forenses, y Directores de Funerarias.** En el evento infortunado de su muerte, podemos divulgar su información de salud al forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su información de salud a directores de funerarias según sea necesario para que lleven a cabo sus deberes.

**Donación de Órganos y Tejidos.** En el evento infortunado de su muerte, podemos divulgar su información de salud a organizaciones que obtengan o almacenen órganos, ojos, u otros tejidos para que estas organizaciones puedan investigar si es posible una donación o trasplante bajo la ley aplicable.

**Investigación.** En la mayoría de casos, solicitaremos su autorización por escrito antes de utilizar su información de salud o compartirla con otros para realizar investigación. Sin embargo, en algunas circunstancias, podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización por escrito si obtenemos aprobación por medio de un proceso especial para asegurar que la investigación sin su autorización representa un riesgo mínimo a su privacidad. Bajo ninguna circunstancia, sin embargo, permitiremos a los investigadores usar su nombre o identidad públicamente. También podemos divulgar su información de salud sin su autorización por escrito a personas que preparan un proyecto de investigación futura, siempre y cuando cualquier información que lo identifique no salga de nuestras instalaciones. En el evento infortunado de su muerte, podemos compartir su información de salud con personas que realicen investigación utilizando la información de personas fallecidas, siempre y cuando acuerden no retirar ninguna información que lo identifique a usted de nuestras instalaciones.

#### **4. Información Completamente Anónima o Parcialmente Anónima**

Podemos usar y divulgar su información de salud si hemos removido cualquier información que posiblemente lo pueda identificar, tal que la información de salud sea “completamente anónima”.

También podemos usar y divulgar información de salud “parcialmente anónima” sobre usted para efectos de investigación, salud pública u operaciones de atención médica si la persona que recibirá la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información según lo requiere la ley federal y estatal. La información de salud parcialmente anónima *no* contiene ninguna información que lo identifique directamente (tal como su nombre, dirección, número de Seguridad Social, número de teléfono, fax, correo electrónico, sitio web o número de licencia de conducción).

## **5. Divulgaciones Incidentales**

Si bien tomaremos pasos razonables para salvaguardar la privacidad de su información de salud, pueden ocurrir ciertas divulgaciones de su información de salud durante o como un resultado inevitable de nuestros usos o divulgaciones de su información de salud de otra manera permisibles. Por ejemplo, durante el curso de una sesión de tratamiento otros pacientes en el área de tratamiento pueden ver o escuchar una discusión sobre su información de salud.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN**

Según se indica arriba, HSS ASC puede y no usará o divulgará su información de salud sin su autorización por escrito por ninguna razón salvo aquellos descritos en este Aviso. Por ejemplo, requerimos su autorización por escrito para la mayoría de usos o divulgaciones de su información de salud para ciertos propósitos de mercadeo, para la venta de información de salud, o con respecto a notas de psicoterapia (cuando sea apropiado). Adicionalmente, usted puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona u organización completando un formulario de autorización por escrito.

Si nos proporciona autorización por escrito, usted puede revocar, o cancelar, dicha autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que ya hayamos hecho uso de la misma. Si usted revoca la autorización, dejaremos de usar o divulgar su información de salud por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Su revocatoria no afectará cualquier uso o divulgación que ya hayamos hecho antes de la fecha en que recibamos su revocatoria. Para revocar una autorización por escrito por favor escriba a HSS ASC of Manhattan, Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065.

### **SUS DERECHOS DE ACCEDER A Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

*Queremos que sepa que usted tiene los siguientes derechos de acceder y controlar su información de salud. Estos derechos son importantes porque le ayudarán a asegurarse que la información de salud que tenemos sobre usted es precisa. También pueden ayudarlo a controlar cómo su información de salud es usada y compartirla con otros, o cómo nos comunicamos con usted sobre sus asuntos médicos.*

#### **1. Derecho de Inspeccionar y Copiar Registros**

Usted tiene derecho de inspeccionar y obtener una copia, incluyendo una copia electrónica, de nosotros de manera oportuna de cualquier información de salud que pueda ser usada para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento por el tiempo en que mantengamos su información en nuestros registros. Esto incluye registros médicos y de facturación.

**Cómo hacer su solicitud:** Para inspeccionar u obtener una copia de su información de salud, por favor presente su solicitud por escrito a HSS ASC of Manhattan, Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. Una solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información de salud debe incluir: (1) la forma o formato de acceso deseado; (2) una descripción de la información de salud a la cual aplica la solicitud; y (3) información de contacto adecuada.

**Costo:** Si usted solicita una copia de la información podremos cobrar una tasa por los costos de copiado, envío u otros suministros usados para cumplir con su solicitud. La tasa estándar es \$0.75 por página y debe ser pagada por lo general antes o en el momento en que le entreguemos las copias.

**Forma y Formato:** Si la información que usted solicita se encuentra almacenada electrónicamente, le proporcionaremos la información en la forma y formato que usted solicite si la información es fácilmente reproducible en dicho formato, o, de lo contrario, llegaremos a un acuerdo con usted sobre un formato electrónico legible alternativo.

**Tiempo de Respuesta:** Le responderemos a su solicitud de inspección de registros dentro de 10 días. Ordinariamente le responderemos las solicitudes de copias dentro de 30 días. Si requerimos tiempo adicional para responder una solicitud de copias, le notificaremos por escrito dentro del marco de tiempo anterior para explicar la razón de la demora y cuándo puede esperar tener una respuesta final a su solicitud.

**Si su solicitud es negada:** Bajo ciertas circunstancias muy limitadas, podremos negar su solicitud de inspeccionar y obtener una copia de su información. Si este es el caso, en su lugar le podremos proporcionar un resumen de su información. También le proporcionaremos un aviso escrito que explique nuestras razones para proporcionarle solo un resumen, y una descripción completa de sus derechos para que la decisión sea revisada y cómo puede ejercer dichos derechos. El aviso también incluirá información sobre cómo presentar una queja sobre estos asuntos con nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tenemos razón para negar cualquier parte de su solicitud, le proporcionaremos acceso completo a las demás partes luego de excluir la información que no lo dejaremos inspeccionar o copiar.

## **2. Derecho de enmendar los registros**

Si usted considera que la información de salud que tenemos de usted es incorrecta o incompleta, usted nos puede solicitar enmendar la información. Usted tiene derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida en nuestros registros.

**Cómo hacer su solicitud:** Para solicitar una enmienda, por favor escriba a HSS ASC of Manhattan, Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. Una solicitud para enmendar su información de salud debe incluir una descripción de la enmienda solicitada y debe incluir las razones por las cuales usted considera debemos realizar la enmienda.

**Tiempo de respuesta:** En general le responderemos su solicitud dentro de 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder, le notificaremos por escrito dentro de 60 días para explicar la razón de la demora y cuándo puede esperar una respuesta final a su solicitud.

**Si su solicitud es negada:** Su solicitud de enmienda podrá ser negada si usted solicita una enmienda a la información de salud que nosotros determinamos: (1) no fue creada por HSS ASC, salvo que quien origina la información de salud ya no se encuentra disponible para realizar la enmienda; (2) no hace parte de los registros de HSS ASC; (3) no es información de salud que se le permita inspeccionar o copiar; o (4) es precisa y completa.

Si negamos parte o toda su solicitud, le proporcionaremos un aviso escrito que explique las razones para hacerlo. Usted tendrá el derecho a tener cierta información relacionada con su enmienda solicitada incluida en nuestros registros. Por ejemplo, si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted tendrá la oportunidad de presentar una declaración que explique nuestro desacuerdo, la cual incluiremos en sus registros. También le proporcionaremos información sobre cómo radicar una queja con nosotros o ante el

Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos procedimientos serán explicados en mayor detalle en un aviso de negación escrito enviado a usted.

### **3. Derecho a una explicación de las divulgaciones**

Usted tiene derecho a solicitar una “explicación de las divulgaciones” que identifique ciertas otras personas u organizaciones a quienes hayamos divulgado su información de salud en los seis años anteriores de acuerdo con la ley aplicable y las protecciones proporcionadas en este Aviso. Una explicación de las divulgaciones no describe las formas en las que su información de salud han sido compartidas dentro de HSS ASC siempre y cuando todas las protecciones descritas en este Aviso hayan sido seguidas (tal como obtener las aprobaciones requeridas antes de compartir su información de salud con nuestros médicos para efectos de investigación).

Una explicación de las divulgaciones tampoco incluye información sobre las siguientes divulgaciones:

- Divulgaciones hechas a usted o su representante personal;
- Divulgaciones hechas en virtud de su autorización por escrito;
- Divulgaciones hechas para efectos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica;
- Divulgaciones hechas del directorio de pacientes;
- Divulgaciones hechas a su familia y amigos involucrados en su cuidado o pago de su cuidado;
- Divulgaciones incidentales a usos y divulgaciones permitidas de su información de salud (por ejemplo, cuando la información es escuchada por otro paciente que pasa por ahí);
- Divulgaciones para efectos de investigación, salud pública u operaciones de atención médica de partes limitadas de su información de salud que no lo identifiquen directamente;
- Divulgaciones hechas a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional; y
- Divulgaciones sobre presos a instituciones correccionales o autoridades.

**Cómo hacer su solicitud:** Para solicitar una explicación de las divulgaciones, por favor escriba a HSS ASC of Manhattan, Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo dentro de los últimos seis años para las divulgaciones que usted desea incluir. Usted tiene derecho a recibir una explicación dentro de cada periodo de 12 meses sin costo. Sin embargo, le podremos cobrar el costo de proporcionar cualquier explicación adicional en el mismo periodo de 12 meses. Siempre le notificaremos de cualquier costo involucrado para que usted pueda elegir retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en algún costo. El alcance de su derecho de solicitar una explicación puede ser modificado de tiempo en tiempo para cumplir con cambios a la ley federal o estatal.

**Tiempo de respuesta:** En general responderemos a su solicitud por una explicación dentro de 60 días. Si requerimos tiempo adicional para preparar la explicación que usted ha solicitado, le notificaremos por escrito sobre la razón de la demora y la fecha en la cual puede esperar recibir la explicación. En raros casos, tendremos que demorar la entrega de la explicación sin notificarlo porque nos ha sido solicitado por las autoridades o una agencia gubernamental.

### **4. Derecho de solicitar protecciones de privacidad adicional, incluyendo restricción a divulgaciones a planes de salud**

Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos aún más cómo usamos y divulgamos su información de salud para tratar su condición, recaudar el pago de dicho tratamiento, o realizar nuestras operaciones de

atención médica. También puede solicitar que limitemos cómo divulgamos información sobre usted a familia y amigos involucrados en su cuidado. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información sobre alguna cirugía que haya tenido. Adicionalmente, tiene el derecho de restringir ciertas divulgaciones de información de salud protegida a un plan de salud donde usted, u otra persona en su nombre, paga directamente por el artículo o servicio asistencial.

**Cómo hacer su solicitud:** Para solicitar restricciones, por favor escriba a HSS ASC of Manhattan, Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. Su información debe incluir (1) qué información usted desea limitar; (2) si usted desea limitar cómo usar la información, cómo la compartimos con otros, o ambos; y (3) a quién deben aplicar los límites.

**No siempre estamos obligados a aceptar:** No siempre estamos obligados a aceptar su solicitud de una restricción, y en algunos casos la restricción que usted solicita puede no estar permitida por la ley. No estamos obligados a aceptar la restricción a menos que (i) la divulgación se haga para efectos de realizar el pago u operaciones de atención médica y no sea requerido de otra manera por ley, y (ii) la información de salud se relaciona únicamente con un artículo o servicio asistencial que usted o alguien en su nombre ha pagado directamente y totalmente. *Sin embargo, si aceptamos, estaremos obligados por nuestro acuerdo salvo que la información sea requerida para proporcionarle tratamiento de emergencia o cumplir con la ley.* Una vez hayamos acordado una restricción, usted tiene el derecho de revocar la restricción en cualquier momento. Bajo ciertas circunstancias, también tendremos el derecho de revocar la restricción siempre y cuando le notifiquemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de poder revocar la restricción.

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

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos médicos en una forma más confidencial solicitando que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, usted puede solicitar que lo contactemos en su casa en lugar de en su lugar de trabajo.

**Cómo hacer su solicitud:** Para solicitar comunicaciones con mayor confidencialidad, por favor escriba a HSS ASC of Manhattan, Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. *No le pediremos una razón para su solicitud, y trataremos de acomodar todas las solicitudes razonables.* Por favor especifique en su solicitud cómo y dónde desea ser contactado, y cómo se manejará el pago de sus servicios de atención médica si nos comunicamos con usted por otro medio u otra ubicación.

## **6. Derecho a notificación en caso de violación de información de salud no asegurada**

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud, proporcionarle este Aviso que contiene nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y cumplir con los términos de este Aviso. Es política de HSS ASC salvaguardar su información de salud para proteger la información de aquellos que no deben tener acceso a ella. Si, sin embargo, por alguna razón enfrentamos una violación de su información de salud no asegurada, le notificaremos de dicha violación.

## DISPOSICIONES VARIAS

### 1. Cómo puede alguien actuar en su nombre

Usted tiene derecho a nombrar un representante legal quien puede actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información de salud. Padres y guardianes en general tendrán derecho de controlar la privacidad de la información de salud de menores a menos que los menores tengan permitido por la ley actuar en su propio nombre.

### 2. Cómo conocer sobre protecciones especiales por VIH, abuso de alcohol y drogas, salud mental e información genética

Protecciones de privacidad especial aplican para información relacionada con el VIH, información de tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas, información sobre la salud mental e información genética. Algunas partes de este Aviso pueden no aplicar a estos tipos de información. Si su tratamiento involucra esta información, se le pueden suministrar formularios de autorización especiales en relación con la divulgación de dicha información por parte de HSS ASC. Para solicitar copias de estos formularios, por favor contacte a HSS ASC al (212) 548-2510.

### 3. Cómo obtener una copia de este Aviso

Usted tiene derecho a una copia física de este Aviso. Usted puede solicitar una copia física en cualquier momento, aún si previamente ha acordado recibir este Aviso de manera electrónica. Para hacerlo, por favor llame a la HSS ASC al (212) 548-2510. Usted también puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web [www.hss.edu/asc](http://www.hss.edu/asc) o solicitar una copia durante su próxima visita.

### 4. Cómo obtener una copia de un aviso revisado

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad de tiempo en tiempo. Si lo hacemos, revisaremos este Aviso para que usted tenga un resumen preciso de nuestras prácticas, y el Aviso revisado aplicará a toda su información de salud. Publicaremos cualquier Aviso revisado en nuestras áreas de admisiones y otros lugares en HSS ASC. Usted también podrá obtener su propia copia del Aviso revisado accediendo a nuestro sitio web [www.hss.edu/asc](http://www.hss.edu/asc), llamando a HSS ASC al (212) 548-2510, o solicitándolo durante su próxima visita. La fecha efectiva del Aviso siempre se indicará en la portada y en la esquina superior derecha de cada página. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso que se encuentra actualmente vigente.

### 5. Cómo radicar una queja

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede radicar una queja con nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 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/). Para radicar una queja con nosotros, por favor contacte al Funcionario de Privacidad de HSS ASC al (212) 548-2510 o envíe una carta a HSS ASC of Manhattan, Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. *Nadie tomará represalias o acción en contra suya por radicar una queja.*

### Acuse de Recibo del Aviso sobre Prácticas de Privacidad

El respeto por la privacidad de nuestros pacientes siempre ha sido altamente valorado en HSS ASC of Manhattan. No solo es lo que nuestros pacientes esperan, sino es la forma correcta de ofrecer atención en salud. Como lo requiere la ley, protegeremos la privacidad de la información de salud que pueda divulgar su identidad y le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad que describe las prácticas de privacidad sobre la información de salud de HSS ASC, su personal médico y profesionales de la salud afiliados al prestar servicios de atención médica para HSS ASC. Nuestro Aviso será publicado en un lugar destacado en HSS ASC. Usted también podrá obtener su propia copia del Aviso visitando nuestro sitio web [www.hss.edu/asc](http://www.hss.edu/asc), llamando a HSS ASC al (212) 548-2510, o solicitando una durante su próxima visita.

Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia de este Aviso y por lo tanto he sido notificado de cómo será usada y divulgada la información de salud sobre mí por HSS ASC, y cómo puedo obtener acceso a y control de esta información. También reconozco y entiendo que aplican protecciones de privacidad especial a información relacionada con VIH, información de tratamiento por abuso de alcohol y drogas, información de salud mental e información genética.

\_\_\_\_\_  
Copia del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea información adicional, por favor contacte al Funcionario de Privacidad de HSS ASC al (212) 548-2510.

Exclusivamente para uso interno: Si el paciente no firma este formulario de reconocimiento, registre aquí los esfuerzos de buena fe realizados para obtener este reconocimiento.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*Esta página es su copia del reconocimiento que se le solicitó firmar cuando se le entregó este Aviso por primera vez.*