

**ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
ACUSE DE RECIBO DE LA
NOTIFICACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA**

Al firmar abajo, reconozco que se me ha sado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (en mi idioma preferido, si está disponible) y que, por lo tanto, se me ha informado sobre cómo la información de salud acerca de mí puede ser usada y revelada por Maimonides Midwood Community Hospital y las instalaciones mencionadas al inicio de este Aviso, y cómo puedo obtener acceso a esta información y controlarla. También reconozco y entiendo que puedo solicitar copias de explicaciones escritas separadas sobre las protecciones especiales de privacidad que se aplican a la información relacionada con el VIH y a la información de salud mental.

Signature of Patient or Personal Representative
Firma del Paciente o Representante Personal

Print Name of Patient or Personal Representative
Firma del Paciente o Representante Personal en
Letra Imprenta

_____/_____/_____
Date
Fecha

Description of Personal Representative's Authority
Descripción de las Potestades del Representante
Personal

Patient or Personal Representative given a copy of this form in Spanish
Paciente o representante personal entregado una copia de este formulario en español

Translated "Notice of Privacy Practices" given to Patient or Personal Representative by: _____

(For internal use or where signature above cannot be obtained)

Except in emergency treatment circumstances, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires that we make a good faith effort to obtain written acknowledgment of the patient's receipt of the Notice of Privacy Practices on the first date we provide treatment, products or services to the patient (including at the time of admission, at a first visit to a hospital department, or any other first service contact with the patient). We must make a good faith effort to obtain written acknowledgment when reasonably practicable following an emergency treatment situation. If such acknowledgment cannot be obtained, we must document our good faith efforts to obtain the acknowledgment and why it was not obtained.

Describe good faith efforts to obtain written acknowledgment (include your name and the date):

1. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign
Name: _____ Date: _____

2. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign
Name: _____ Date: _____

3. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign
Name: _____ Date: _____

THE ORIGINAL OF THIS FORM MUST BE PLACED IN THE MEDICAL RECORD

Notificación de Política de Privacidad de la HIPAA

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE DETENIDAMENTE.

La ley exige que se proteja la privacidad de su información médica, y que se le proporcione una copia de esta Notificación. Si tiene preguntas sobre este Aviso o desea información adicional, por favor comuníquese con el Designado del Oficial de Privacidad en la Oficina de Privacidad llamando al 718-692-8757.

¿QUIÉN DEBERÁ RESPETAR ESTA NOTIFICACIÓN?

Esta Notificación describe la política de privacidad de Maimonides Midwood Community Hospital, (MMCH) sobre información médica, su personal médico, y proveedores de asistencia médica afiliados que proporcionan servicios de asistencia médica conjuntamente con nuestro hospital. La política de privacidad que se describe en esta Notificación será respetada por: (1) cualquier profesional de asistencia médica que lo trate en cualquiera de nuestras instalaciones; (2) cualquier empleado, estudiante, practicante o voluntario, en cualquiera de nuestras instalaciones, (3) cualquier empleado, personal médico, practicante, (4) cualquier socio comercial de Maimonides Midwood Community Hospital. Su médico particular puede tener una política de privacidad diferente con respecto al uso y divulgación de su información médica relacionada a la asistencia brindada en su oficina.

QUÉ INFORMACIÓN MÉDICA ESTÁ PROTEGIDA

Nos comprometemos a proteger la privacidad de la información que reunimos sobre usted durante el tiempo en el cual le estamos brindando servicios médicos. Algunos ejemplos de información médica protegida son:

- información que indique que usted es un paciente en Maimonides Midwood Community Hospital o que está recibiendo tratamiento u otros servicios médicos de nuestro hospital;
- información sobre su condición médica (como por ejemplo una enfermedad que usted pueda tener);
- información sobre productos o servicios de asistencia médica que haya recibido o pueda recibir en el futuro (como por ejemplo una operación); o
- información sobre sus beneficios de asistencia médica mediante un plan de seguros (como por ejemplo si una receta médica está cubierta);

en combinación con:

- información demográfica (como por ejemplo su nombre, su dirección o el estado de su seguro);
- números únicos que puedan identificarlo (como por ejemplo su número de seguridad social, su número telefónico, o el número de su licencia de conducir); y
- otro tipo de información que pueda identificar quién es usted.

REGLA ESPECIAL PARA LOS REGISTROS DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (SUD): Se brindan protecciones adicionales a la información de SUD bajo 42 CFR Parte 2.

CÓMO PODREMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

A continuación explicamos cómo podremos utilizar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito.

Tratamiento, Pago y Operaciones Comerciales

- 1. Tratamiento** ~~Tratamiento~~. Podremos compartir su información médica con doctores, enfermeras, técnicos u otros proveedores de asistencia médica que lo atiendan en Maimonides Midwood Community Hospital y en sus prácticas facultativas afiliadas, y ellos podrán a su vez utilizar esa información para darle un diagnóstico o tratarlo. Un doctor en nuestro hospital podrá compartir su información médica con otro doctor dentro de nuestro hospital, o con un doctor en otro hospital, para determinar cómo diagnosticarlo o tratarlo. Su doctor también podrá compartir su información médica con otro doctor a quien haya sido referido para una posterior asistencia médica. Nuestros diferentes departamentos y profesionales de asistencia médica podrán compartir su información médica para proporcionarle y coordinar servicios como por ejemplo recetas, estudios de laboratorio y radiografías. Nuestros profesores, estudiantes, voluntarios y practicantes tendrán acceso a su información médica con fines de capacitación y tratamiento ya que participan en programas de capacitación continua, prácticas en el hospital y como internos residentes. También podremos divulgar información médica sobre usted a personas fuera de Medical Center que pudieran estar involucradas en su asistencia médica después de que usted salga del Medical Center, como por ejemplo médicos que ofrecerán asistencia de seguimiento, organizaciones de terapia física, proveedores de equipos médicos, agencias de asistencia a domicilio, casas de salud y establecimientos de enfermería especializada.

Registros de SUD; si su información está protegida por 42 CFR Parte 2, NO la revelaremos para tratamiento sin su consentimiento por escrito, a menos que lo permita la Parte 2 (por ejemplo, emergencias médicas, órdenes judiciales específicas, reporte de delitos en las instalaciones del programa o contra el personal del programa).

- 2. Pago.** Podremos utilizar su información médica o compartirla con terceros para cobrar por los servicios de asistencia médica prestados. Por ejemplo, podremos compartir información sobre usted con su compañía de seguros médicos para obtener un reintegro una vez que lo hayamos tratado, o para determinar si la misma cubrirá su tratamiento. Podremos compartir su información con otros proveedores de asistencia médica o pagadores para sus actividades de pago, como por ejemplo una compañía de ambulancias.

Excepción de SUD: Necesitamos su consentimiento por escrito para revelar información de tratamiento de SUD para pagos, a menos que aplique una excepción regulatoria.

- 3. Operaciones Comerciales.** Podremos utilizar su información médica o compartirla con terceros para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales las cuales incluyen administración interna, planificación, y varias actividades para mejorar la calidad y la relación costo-eficiencia de la asistencia que le brindamos, como por ejemplo perfeccionamiento en el desempeño, evaluación de usos, auditoría interna, acreditación, certificación, concesión de permisos, actividades educacionales y de obtención de credenciales. Por ejemplo, podremos utilizar su información médica para realizar encuestas sobre el grado de satisfacción del paciente, para evaluar el desempeño de nuestro personal en la asistencia que le brindamos, o para informar a nuestro personal sobre cómo mejorar la asistencia que le brinda. Podremos divulgar su información médica a nuestros representantes de pacientes y otro personal para resolver cualquier reclamo que usted pueda tener y de esta manera asegurarle que tenga una visita confortable con nosotros. Finalmente, podremos compartir su información médica con otros proveedores de asistencia médica o pagadores por algunas de sus operaciones comerciales si la información está relacionada con un vínculo que el proveedor o pagador tenga o haya tenido previamente con usted, y si la ley federal exige que el proveedor o pagador proteja la privacidad de su información médica.

Excepción de SUD: Las operaciones que involucran información de SUD generalmente también requieren su consentimiento por escrito.

NOTA: los usos y divulgaciones de información de tratamiento de SUD en la situación indicada abajo pueden requerir su consentimiento por escrito bajo 42 CFR Parte 2.

1. **Recordatorio de Citas, Alternativas de Tratamiento, Beneficios y Servicios.** Durante el período de tiempo en cual le estemos proporcionando tratamiento, podremos utilizar su información médica para comunicarnos con usted para recordarle que usted tiene una cita para tratamiento o servicios. También podremos utilizar su información médica para recomendar posibles alternativas de tratamiento o servicios y beneficios médicos que puedan ser de su interés.
2. **Recaudación de Fondos.** Para respaldar nuestras operaciones comerciales, podremos utilizar su información demográfica, que incluye información sobre su edad y sexo, dónde vive o trabaja, así como también las fechas en las que usted recibió tratamiento, el departamento de servicios, su médico tratante, información sobre el resultado y el estatus de su seguro médico para poder así comunicarnos con usted para recaudar dinero y de esta manera ayudarnos a continuar operando. También podremos compartir esta información con una institución benéfica que se comunicará con usted para recaudar dinero en nuestra representación. Si usted no desea que nos comuniquemos con usted con fines de recaudación de fondos, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad llamando al 718-692-8757.
3. **Socios Comerciales.** Podremos revelar su información médica a contratistas, agentes y otros socios comerciales que necesiten la información para poder asistirnos en la prestación de tratamiento o en la obtención del pago o para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podremos compartir su información médica con una compañía de cobro que nos ayude a obtener el pago de su compañía de seguros. Podremos compartir su información médica con técnicos de transcripción médica y servicios de copiado que nos asistan en el copiado de su historial médico. Si efectivamente le revelemos su información médica a un socio comercial, tendremos un contrato por escrito que le exija a nuestro socio comercial que proteja la privacidad de su información médica.
4. **Directorio de Pacientes.** Si usted no presenta objeciones, incluiremos su nombre, su ubicación en nuestras instalaciones, su estado de salud general (por ejemplo aceptable, estable, crítico, etc.) y su filiación religiosa en nuestro Directorio de Pacientes mientras usted sea un paciente en nuestro hospital o en cualquiera de nuestras instalaciones. Se podrá proporcionar esta información de directorio, con excepción de su filiación religiosa, a las personas que pregunten por usted por su nombre. Se podrá informar sobre su filiación religiosa a un miembro del clero, como por ejemplo un sacerdote o un rabino, aun cuando el mismo no pregunte por usted por su nombre.
5. **Organizaciones de Ayuda para Catástrofes.** Podremos divulgar su información médica a organizaciones de ayuda para catástrofes tales como la Cruz Roja para asistir a sus familiares o amigos a ubicarlo o a enterarse de su estado de salud general en caso de un desastre.
6. **Familia y Amigos que Participen en su Cuidado.** Si usted no presenta objeciones, podremos compartir su información médica con un miembro de su familia, pariente, o amigo personal cercano que esté involucrado en su cuidado o en el pago por dicho cuidado. Podremos asumir que usted consiente a nuestra divulgación de su información médica a su cónyuge cuando usted trae a su cónyuge a la sala de examinación o a MMCH durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento. También podremos notificar a un miembro de su familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación y estado de salud general aquí en el hospital, o sobre el lamentable suceso de su defunción. En algunos casos, puede ser necesario compartir su información con una organización de ayuda para catástrofes que nos ayudará a notificar a estas personas.

7. Necesidad Pública

Podremos utilizar o divulgar su información médica o compartirla con terceros para cumplir con la ley o para satisfacer importantes necesidades públicas que se describen a continuación.

Según lo Exige la Ley. Podremos utilizar o divulgar su información médica si la ley así lo exige. También le notificaremos de estos usos y divulgaciones si la ley exige una notificación.

Actividades de Salud Pública. Podremos revelar su información médica a funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia gubernamental extranjera que colabore con los mencionados funcionarios) para que de esa manera puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podremos compartir su información médica con funcionarios gubernamentales responsables de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades

Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica. Podremos revelar su información médica a una autoridad de salud pública que esté autorizada para recibir informes sobre abuso, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, podremos comunicar su información a funcionarios gubernamentales si tenemos razones para creer que usted ha sido víctima de dicho abuso, negligencia o violencia doméstica. Realizaremos todos los esfuerzos posibles por obtener su permiso antes de divulgar esta información, pero en algunos casos se nos exigirá o autorizará a actuar sin su permiso.

Actividades de Supervisión Médica. Podremos revelar su información médica a agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias y permisos de nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales controlan el funcionamiento del sistema de asistencia médica, programas de beneficios gubernamentales como por ejemplo Medicare y Medicaid, y la conformidad con programas normativos gubernamentales y leyes de derechos civiles.

Control, Reparación y Retiradas de Productos. Podremos revelar su información médica a una persona o compañía que sea regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos con el fin de informar sobre problemas con productos.

Juicios y Disputas. Podremos divulgar su información médica en caso de que así lo disponga un juzgado o tribunal administrativo que se esté encargado de un juicio u otra disputa.

Actividades de Inteligencia y Seguridad Nacional o Servicios de Protección. Podremos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados que estén realizando actividades de inteligencia y seguridad nacional o brindando servicios de protección al Presidente u otros funcionarios importantes.

Militares y Veteranos. Si usted está en las Fuerzas Armadas, podremos revelar su información médica a las autoridades de comando militar pertinentes para actividades que ellos consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar. También podremos revelar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera pertinente.

Reclusos e Instituciones Correccionales. Si usted es un recluso o ha sido detenido por un agente del orden público, podremos revelar su información médica a los funcionarios de las instituciones correccionales o a los agentes del orden público en caso de ser necesario para proporcionarle asistencia médica, o para mantener la seguridad y buen orden en el lugar donde ha sido recluso. Esto incluye el compartir la información que sea necesaria para proteger la salud y seguridad de otros reclusos o personas que tomen parte en la supervisión y transporte de reclusos.

Indemnización de Trabajadores. Podremos divulgar su información médica para programas de indemnización de trabajadores o programas similares que proporcionen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

Médico Forense, Médico Legista y Directores Funerarios. Podremos revelar su información médica a un médico forense o a un médico legista. Esto puede ser necesario por ejemplo para determinar la causa de su defunción. También podremos revelar esta información a directores funerarios en caso de ser necesario para el desempeño de sus funciones.

Donación de Órganos y Tejidos. Podremos revelar su información médica a organizaciones que se encarguen de la obtención o conservación de órganos, ojos u otros tejidos.

Investigaciones. Podremos utilizar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito si obtenemos la aprobación a través de un proceso especial que garantice que la investigación sin su autorización por escrito representa un riesgo mínimo para su privacidad. No obstante, bajo ninguna circunstancia permitiremos que los investigadores utilicen públicamente su nombre o identidad. También podremos revelar su información médica sin su autorización por escrito a personas que estén preparando un futuro proyecto de investigación, con la condición de que cualquier información que lo identifique no abandone nuestras instalaciones. Podremos compartir su información médica con personas que estén realizando una investigación utilizando la información de personas fallecidas, siempre que acepten no retirar de nuestras instalaciones cualquier información que lo identifique.

Para Evitar una Grave e Inminente Amenaza a la Salud o a la Seguridad. En caso de ser necesario podremos utilizar su información médica o compartirla con terceros para evitar una grave e inminente amenaza a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona o del público en general. En estos casos, solamente compartiremos su información con alguien capaz de ayudar a prevenir esta amenaza. También podremos divulgar su información médica a agentes del orden público si usted nos informa que ha participado en un delito violento que pueda haber causado daños físicos graves a otra persona (a menos que usted haya admitido el hecho durante la ayuda psicológica), o si determinamos que ha escapado de custodia legal (por ejemplo la cárcel o una institución de salud mental).

Ejecución de La Ley. Podremos divulgar su información médica a agentes del orden público por las siguientes razones:

- Para cumplir con órdenes del tribunal o leyes que se nos exige cumplir;
- Para ayudar a agentes del orden público 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 a causa de una emergencia por su incapacidad; (2) los agentes del orden público necesitan esa información inmediatamente para llevar a cabo sus obligaciones en cumplimiento de la ley; y (3) en nuestra opinión profesional creemos que la divulgación de su información a estos agentes es lo más conveniente para sus intereses;
- Si sospechamos que su muerte es resultado de un comportamiento criminal;
- Si es necesario reportar un delito que ocurrió en nuestra propiedad; o
- Si es necesario reportar un delito que se descubrió durante una emergencia médica en otro lugar (Por ejemplo, por técnicos médicos de emergencia en la escena del delito).

4. Divulgaciones Incidentales. Si bien tomaremos las medidas necesarias para proteger la privacidad de su información médica, puede ocurrir cierta divulgación de la misma durante o como consecuencia inevitable de nuestros usos o divulgaciones de otra manera permitidos de su información médica. Por ejemplo, durante el transcurso de una sesión de tratamiento, otros pacientes en el área de tratamiento podrían ver o escuchar accidentalmente su información médica.

CUANDO SU AUTORIZACIÓN ES NECESARIA

Cualquier uso o divulgación de su información médica para fines o actividades distintos a los arriba indicados, se harán únicamente con su autorización por escrito. Si usted nos da su autorización para usar o divulgar información médica sobre usted, usted podrá revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por los motivos cubiertos por su autorización escrita. Sin embargo, no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su autorización.

La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de información médica para fines de mercadeo, y divulgaciones que constituyan una venta de información médica se harán únicamente con su autorización por escrito.

PROTECCIONES ESPECIALES DE PRIVACIDAD PARA REGISTROS DE SUD: La información de tratamiento de SUD tiene protecciones adicionales de privacidad bajo 42 CFR Parte 2, que limitan cómo Maimonides Midwood Community Hospital usa o revela su información de tratamiento de SUD. A menos

que usted firme un formulario de consentimiento, Maimonides Midwood Community Hospital solo puede revelar su información de tratamiento de SUD en circunstancias limitadas según lo permita 42 CFR Parte 2. Maimonides Midwood Community Hospital puede usar o revelar sus Registros de SUD sin su consentimiento por escrito en caso de emergencia médica o circunstancias especiales según lo permita 42 CFR Parte 2.

SUS DERECHOS A TENER ACCESO A Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que conservamos sobre usted:

1. Derecho a Inspeccionar o Copiar Registros

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de cualquier parte de su información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento siempre que conservemos esa información en nuestros registros. Esto incluye historia clínica y registro de facturación. Para inspeccionar u obtener una copia de su información médica, por favor presente una solicitud por escrito ante la Departamento de Información de Salud. Si solicita una copia de la información, podremos cobrarle una tasa por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales que sean necesarios para cumplir con su solicitud. La tasa estándar es \$0,75 por página y generalmente debe pagarse con anterioridad o en el momento en que le entreguemos las copias.

Bajo ciertas circunstancias, podremos denegar su solicitud para inspeccionar y obtener una copia de su información. En dicho caso, le proporcionaremos un aviso por escrito explicándole nuestras razones para denegar su solicitud, y una completa descripción de sus derechos a que esa decisión se revise y cómo usted puede ejercer esos derechos. El aviso también incluirá información sobre cómo presentar un reclamo sobre estos asuntos directamente ante nosotros o presentarlo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tenemos razones para negarle sólo parte de su solicitud, le permitiremos acceso a las partes restantes

2. Derecho a Enmendar los Registros

Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, podrá solicitarnos que modifiquemos esa información. Usted tiene derecho a solicitar una corrección por el tiempo que conservemos la información en nuestros registros. Para solicitar una corrección por favor escriba a la Departamento de Información de Salud. Su solicitud deberá incluir las razones por las que usted cree que debemos efectuar la corrección. Normalmente responderemos a su solicitud en un plazo de 60 días. Si necesitamos un tiempo adicional para responder, se lo notificaremos por escrito en un plazo de 60 días explicándole la razón de la demora y cuándo podrá tener una respuesta final a su solicitud.

Si le negamos parte o toda su solicitud, le proporcionaremos un aviso por escrito explicándole nuestras razones para la negativa. Tendrá derecho a tener cierta información relacionada con la corrección solicitada incluida en nuestros registros. Por ejemplo, si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá la posibilidad de presentar una declaración explicando su desacuerdo, la cual se incluirá en su historia clínica. También incluiremos información sobre cómo presentar un reclamo directamente con nosotros o presentarlo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos procedimientos se explicarán más detalladamente en cualquier aviso de denegación por escrito que le enviemos.

3. Derecho a un Informe de Divulgaciones

Usted tiene derecho a solicitar un informe de las divulgaciones hechas (como se define más adelante) que identifique a ciertos terceros u organizaciones a quienes hayamos revelado su información médica. Si se presenta una solicitud de informe de las divulgaciones ante MMCH, nuestra respuesta normalmente se limitará a divulgaciones efectuadas por MMCH y generalmente no incluirá las divulgaciones efectuadas por las otras entidades o individuos enumerados al comienzo de esta Notificación, como por ejemplo divulgaciones efectuadas por médicos independientes desde sus oficinas particulares.

Un informe de divulgaciones tampoco incluirá información sobre las siguientes divulgaciones:

- ✓ Divulgaciones dirigidas a usted o su representante personal;
- ✓ Divulgaciones que efectuamos conforme a su autorización por escrito;
- ✓ Divulgaciones que efectuamos por tratamiento, pago u operaciones comerciales;
- ✓ Divulgaciones efectuadas desde el directorio de pacientes;
- ✓ Divulgaciones efectuadas a su familia y amigos involucrados en su cuidado o pago por su cuidado;
- ✓ Divulgaciones que fueron incidentales durante los usos o divulgaciones permitidos de su información médica (Por ejemplo, cuando otro paciente al pasar escucha accidentalmente su información);
- ✓ Divulgaciones de porciones limitadas de su información médica que no lo identifican directamente con fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones comerciales;
- ✓ Divulgaciones efectuadas a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional;
- ✓ Divulgaciones sobre reclusos a instituciones correccionales o agentes del orden público.

Para solicitar un informe de divulgaciones, por favor escriba a la Departamento de Información de Salud. En su solicitud debe especificar el período de tiempo dentro de los últimos seis años para las divulgaciones que desea que incluyamos. Usted tiene derecho a recibir un informe gratis cada 12 meses. Sin embargo, podremos cobrarle por el costo de proporcionarle cualquier informe adicional dentro de ese período de 12 meses. Siempre le notificaremos sobre cualquier costo que se pueda incurrir de manera que usted pueda elegir retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra algún gasto.

Normalmente responderemos a su solicitud de un informe en un plazo de 60 días. Si necesitamos de tiempo adicional para preparar el informe que ha solicitado, se lo notificaremos por escrito explicándole la razón de la demora y cuándo podrá recibir el informe. En casos excepcionales es posible que tengamos que demorar la entrega del informe sin notificarle porque un agente del orden público o agencia gubernamental así lo solicitara.

4. **Derecho a Solicitar Protecciones de Privacidad Adicionales**

Usted tiene derecho a solicitar que limitemos aún más el modo en que utilizamos y divulgamos su información médica para tratar su afección, cobrar por ese tratamiento, o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. También podrá solicitar que limitemos el modo en que revelamos información sobre usted a su familia y amigos que participen en su cuidado. Por ejemplo, usted podría solicitar que no divulguemos información sobre una cirugía que se le haya realizado. Para solicitar restricciones, por favor escriba a la Departamento de Información de Salud. Su solicitud deberá incluir (1) la información que usted desea limitar; (2) si desea limitar cómo utilizamos la información, cómo la compartimos con terceros, o ambas cosas; y (3) a quiénes desea que se apliquen los límites. Le enviaremos una respuesta por escrito. Excepto según se describe a continuación, no se nos exige que aceptemos su solicitud de restricción, y en algunos casos la restricción que usted solicite podría no estar autorizada por ley. Si usted paga completamente por un servicio “de su propio bolsillo”, estamos obligados a aceptar su solicitud de no compartir información sobre ese servicio con su seguro médico con fines de transacciones de pago o de asistencia médica. En caso de aceptar la solicitud de restricción, estaremos obligados por nuestro acuerdo a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley. Una vez que hayamos aceptado una restricción, usted tendrá derecho a revocarla en cualquier momento. Bajo ciertas circunstancias, también tendremos derecho a revocar la restricción siempre que 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 derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera más confidencial sobre sus asuntos médicos solicitando que nos comuniquemos mediante medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, podrá solicitar que nos comuniquemos con usted en su domicilio en lugar de su trabajo. Para solicitar comunicaciones más confidenciales, por favor escriba a nuestra Oficina de Privacidad. No lo pediremos el motivo de su solicitud, e intentaremos satisfacer todas las solicitudes razonables. Por favor especifique en su solicitud cómo y dónde desea que nos comuniquemos con usted, y cómo se manejarán los pagos por su asistencia médica si nos comunicamos con usted a través de este método y lugar alternativos.

6. Derecho a Obtener Acceso Electrónico

Usted tiene derecho a obtener acceso a copias electrónicas de su información médica cuando lo solicite (en la medida en que tengamos dicha información en formato electrónico). Cuando la información no sea fácilmente reproducible en la forma y el formato electrónico que haya solicitado, le proporcionaremos la información en un formato electrónico legible alternativo que convengamos de mutuo acuerdo.

Le advertimos en esta notificación que, si usted solicita que le enviemos por correo electrónico cualquier información que esté disponible en formato electrónico, el correo electrónico es un medio inseguro para transmitir información y que existe cierto riesgo si se envía información médica por correo electrónico. La información transmitida por correo electrónico tiene más probabilidades de ser interceptada por terceros no autorizados que canales de transmisión más seguros. Si aceptamos enviarle información por correo electrónico, usted acepta los riesgos que le hemos advertido, y acepta que no somos responsables por cualquier acceso no autorizado a dicha información médica mientras es transmitida a usted de acuerdo a su solicitud, o cuando la información le es entregada.

7. Violación de Información Médica

Le informaremos si se produce alguna violación de su información médica no segura.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Cómo Alguien Puede Actuar en su Nombre.

Usted tiene derecho a nombrar un representante personal que actuará en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. No obstante, por favor tenga en cuenta que el nombrar a alguien para que actúe en su nombre para controlar la privacidad de su información médica no le otorga a esa persona el derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento en su nombre. Los padres y tutores generalmente tendrán derecho a controlar la privacidad de la información médica de los menores a menos que a los menores se les permita por ley actuar por sí mismos.

Protecciones Especiales para Información Relacionada con el VIH, la Salud Mental y el Abuso de Substancias.

Se aplican protecciones especiales a la información relacionada con el VIH y a ciertas informaciones relacionadas con la salud mental y con el abuso de sustancias. Algunas partes de esta Notificación de Política de Privacidad podrían no aplicarse a estos tipos de información. Al final de esta Notificación aparece una explicación por escrito sobre cómo se protegerá esta información.

Oficial de Privacidad.

Nuestro Oficial de Privacidad es la Señora Sandra Maliszewski. Si usted tiene preguntas sobre esta Notificación o le gustaría obtener más información, por favor comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad al 718-692-8757.

CÓMO OBTENER COPIAS DE ESTA NOTIFICACIÓN

Usted tiene derecho a una copia impresa de esta Notificación. Podrá solicitar una copia impresa en cualquier momento, aun cuando haya previamente acordado recibir esta Notificación en forma electrónica. Para solicitar dicha copia, comuníquese con el Departamento de Información de Salud al 718-692-5395. También podrá obtener una copia de este documento en nuestro sitio Web en www.nych.com, o solicitando una copia en su próxima visita. Ocasionalmente podremos cambiar nuestra política de privacidad. En dicho caso, corregiremos esta Notificación para que usted tenga un resumen preciso de nuestra política. La notificación corregida se aplicará a toda su información manejada por MMCH y sus proveedores afiliados y estaremos legalmente obligados a cumplir con sus términos. También podrá obtener su copia de la notificación enmendada llamando o comunicándose con el Departamento de Información de Salud al 718-692-5395, accediendo a nuestro sitio web o solicitando una copia en su próxima visita. La fecha de vigencia de la notificación siempre se ubicará en el vértice superior derecho de la primera página.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, podrá presentar un reclamo

directamente con nosotros o presentarlo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos [Department of Health and Human Services]. Para presentar un reclamo, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad al 718-692-8757. No se tomarán represalias o medidas contra usted por presentar un reclamo.

CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

La privacidad y confidencialidad de la información sobre la salud mental manejada por cualquier unidad o programa de este hospital que cuente con licencia especial para proporcionar servicios de salud mental, está protegida por leyes y reglamentos estatales. A ciertos tipos de información sobre salud mental se le otorgan protecciones adicionales. En caso de haber discrepancias entre estas protecciones y las protecciones que abarcan otras informaciones de salud anteriormente descritas, se aplicarán las protecciones especiales para la información sobre la salud mental.

Por lo general, el personal dentro de MMCH (o sus socios comerciales) podrá utilizar su información sobre la salud mental en relación con sus responsabilidades para brindarle tratamiento, para cobrar por ese tratamiento, o para llevar a cabo operaciones comerciales de MMCH. Generalmente MMCH no puede revelar información sobre su salud mental a personas ajenas a MMCH, *excepto en las siguientes situaciones:*

- ✓ Cuando MMCH haya obtenido su autorización por escrito;
- ✓ A un representante personal que esté autorizado a tomar decisiones en su nombre sobre su asistencia médica;
- ✓ A agencias gubernamentales o compañías de seguros privadas para obtener el pago por los servicios que le hemos brindado;
- ✓ A otros proveedores de salud mental que los estén tratando que sean parte del sistema estatal de salud mental organizada;
- ✓ Para dar cumplimiento a una orden judicial;
- ✓ A las personas pertinentes que estén capacitadas para evitar una grave e inminente amenaza a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona;
- ✓ A las autoridades gubernamentales pertinentes para localizar a una persona desaparecida o llevar a cabo una investigación criminal como lo establecen las leyes de confidencialidad federales y estatales;
- ✓ A otros servicios de emergencia de hospitales autorizados como lo establecen las leyes de confidencialidad federales y estatales;
- ✓ Al servicio legal de higiene mental ofrecido por el Estado;
- ✓ A abogados que representen a pacientes en un caso de hospitalización involuntaria;
- ✓ A funcionarios gubernamentales autorizados con fines de supervisar o evaluar la calidad de la asistencia que brinda MMCH o su personal;
- ✓ A investigadores calificados sin su autorización específica cuando esa investigación represente un riesgo mínimo para su privacidad;
- ✓ A médicos forenses o médicos legistas para determinar la causa de defunción; y
- ✓ Si usted es un recluso, a una institución correccional que certifique que la información es necesaria para brindarle asistencia médica, o para proteger su salud o seguridad o la salud o seguridad de cualquier otra persona en la institución correccional.

CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH

La privacidad y confidencialidad de la información relacionada con el VIH que maneja MMCH está protegida por leyes y reglamentos federales y estatales. Estas protecciones son más amplias que las protecciones para su otra información de asistencia médica anteriormente descrita.

Información confidencial relacionada con el VIH es cualquier información que indique que usted se ha realizado una prueba relacionada con el VIH, tiene una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o tiene una infección relacionada con el VIH, así como también cualquier información que pueda consecuentemente identificarlo como una persona que se ha realizado una prueba o tiene la infección del VIH.

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York, sólo se puede brindar información confidencial relacionada con el VIH a aquellas personas autorizadas por ley a obtenerla, o a las personas que usted haya autorizado mediante un formulario de autorización por escrito debidamente firmado.

Por lo general, su información confidencial relacionada con el VIH podrá ser utilizada por el personal dentro de MMCH que necesite la información para brindarle atención o tratamiento directos, para procesar registros de facturación o reintegro, o para supervisar o evaluar la calidad de la atención que se brinda en MMCH. Generalmente MMCH no puede revelar a una persona ajena al mismo ninguna información confidencial relacionada con el VIH que MMCH obtenga durante el transcurso de su tratamiento, *excepto que:*

- ✓ Cuando MMCH haya obtenido su autorización por escrito;
- ✓ La divulgación de información sea a una persona autorizada de acuerdo con la ley vigente para tomar decisiones de asistencia médica en su nombre y la información que se revela es pertinente para que esa persona pueda desempeñar su papel en el cuidado de su salud;
- ✓ La divulgación de información sea a otro proveedor de asistencia médica o responsable del pago con fines de tratamiento o pago;
- ✓ La divulgación de información sea a un agente externo de MMCH que necesite la información para brindarle atención o tratamiento directos, para procesar registros de facturación o reintegro, o para supervisar o evaluar la calidad de la atención que se brinda en MMCH. En tales casos, MMCH normalmente llegará a un acuerdo con el agente para garantizar que su información confidencial relacionada con el VIH esté protegida como lo establecen las leyes y disposiciones federales y estatales sobre confidencialidad;
- ✓ La divulgación se requiera por ley u orden judicial;
- ✓ La divulgación sea a una organización que se encargue de la obtención de partes corporales para trasplantes;
- ✓ Usted reciba servicios mediante un programa controlado o supervisado por una agencia gubernamental federal, estatal o local, y la divulgación se efectúe a dicha agencia gubernamental u otro empleado o agente de la agencia cuando se entienda que sea necesario para la supervisión, control, y administración de la provisión de los servicios del programa;
- ✓ Se requiera por ley federal o estatal que MMCH efectúe una divulgación a un funcionario de salud pública, incluyendo el reporte obligatorio de ciertos resultados de pruebas y contactos conocidos;
- ✓ La divulgación se requiera por motivos de salud pública y/o con relación a ciertos incidentes de exposición con personal de MMCH;
- ✓ Usted sea un recluso en una correccional y sea necesario revelar la información relacionada con el VIH al director médico de dicha institución para que el director pueda desempeñar sus funciones;
- ✓ Para los difuntos, la información se revelará al director funerario que se haya hecho cargo de los restos del difunto y quien tiene acceso durante el desempeño de su actividad a la información confidencial relacionada con el VIH en el certificado de defunción del difunto;
- ✓ La divulgación se efectúe para reportar a las autoridades estatales o locales correspondientes sobre negligencia o abuso de menores.

En caso de violación de estas normativas de privacidad MMCH podrá estar sujeto a sanciones civiles o penales. Las sospechas de alguna violación a dichas normativas se deberán informar a las autoridades correspondientes conforme a la ley federal y estatal.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO SOBRE EL USO DE SU INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH

Si usted ha sido víctima de discriminación a causa de la divulgación de información confidencial relacionada con el VIH, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York [New York State Division of Human Rights] al 844-697-3471 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York [New York City Commission of Human Rights] al 212-306-7450. Estas agencias son responsables de proteger sus derechos.