AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 12 de julio de 2017

Actualizado: [25 de junio] de 2025

EL PRESENTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ("AVISO") DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y EL MODO EN QUE PUEDE ACCEDER A LA MISMA. LE SUGERIMOS QUE LO REVISE ATENTAMENTE.

En HSS ASC of Manhattan ("HSS ASC") valoramos el respeto por la privacidad de nuestros pacientes. No solo se trata de lo que esperan nuestros pacientes, sino que es la forma correcta de brindar atención médica. De conformidad con la ley, protegeremos la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad y le entregaremos copia de este aviso, en el que se describen las prácticas de privacidad de la información médica de HSS ASC, su personal médico y sus profesionales de la salud afiliados cuando prestan servicios de atención médica por HSS ASC.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea obtener más información, llame al encargado de privacidad de HSS ASC al (212) 548-2510.

¿QUIÉN SEGUIRÁ LAS PRÁCTICAS DE ESTE AVISO?

HSS ASC of Manhattan (“HSS ASC”) brinda atención médica a nuestros pacientes junto con médicos y otros profesionales y organizaciones de la salud. Las prácticas de privacidad que se describen en este aviso serán observadas por:

- Todo profesional de la salud que brinde servicios directos para tratarlo en HSS ASC;
- Todos los empleados, personal médico, aprendices, estudiantes y voluntarios de HSS ASC que le brindan servicios directos; y
- Los socios comerciales de HSS ASC y sus subcontratistas.

Tenga en cuenta que las prácticas de privacidad descritas en este aviso no se aplican cuando se le brinda atención en los consultorios del personal médico de HSS ASC u otros profesionales de la salud; por ejemplo, si un médico presta servicios quirúrgicos en HSS ASC, se aplicarán las prácticas de privacidad descritas en este aviso. Si lo atiende el mismo médico en una cita de seguimiento en su consultorio médico, no se aplicarán las prácticas de privacidad de este aviso. El médico debe darle un aviso aparte que explique las prácticas de privacidad que se aplicarán en su consultorio médico. Además, las prácticas de privacidad descritas en este aviso no se aplican al personal médico de HSS ASC ni a otros miembros de nuestro equipo de trabajo cuando lo tratan en otros hospitales o centros.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Portal del paciente MyHSS. Si desea obtener información sobre cómo utilizamos y divulgamos la información recopilada a través del portal del paciente MyHSS, consulte nuestra Política de privacidad de MyHSS y las Condiciones de uso de MyHSS. Si existe un conflicto entre este aviso y la política de privacidad de MyHSS o los términos de uso de MyHSS, este aviso se aplicará en la medida en que esté involucrada información médica protegida (según la define el Departamento de Salud y Servicios Humanos).

Requisito de autorización por escrito. Por lo general, le pedimos su autorización por escrito antes de usar su información médica o compartirla con terceros ajenos a HSS ASC.

Excepciones al requisito de autorización por escrito. Hay algunas situaciones, descritas a continuación, en las que no necesitamos su autorización por escrito antes de utilizar su información médica o compartirla con otros. En caso de que se divulguen sus datos médicos a un destinatario en virtud de cualquiera de los fines correspondientes descritos en el presente aviso, es posible que dichos datos sean objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y dejen de estar protegidos por los requisitos del presente aviso.

1. Tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros para tratarlo, obtener el pago por ese tratamiento y administrar nuestras operaciones de atención médica. En algunos casos, también podemos divulgar su información médica para actividades de pago y ciertas operaciones de atención médica por parte de otro proveedor de atención médica o pagador.

Tratamiento. Podemos compartir su información médica con médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica que participan en su atención, y ellos a su vez pueden usar esa información para diagnosticarlo o tratarlo. Un médico de HSS ASC también puede compartir su información médica con otro médico u otro profesional de la salud al que se le haya derivado para que reciba otra atención médica.

Pago. Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros para poder obtener el pago de sus servicios médicos. Por ejemplo, podemos compartir información sobre usted con su aseguradora médica para obtener el reembolso después de que le hayamos tratado, o para saber si cubrirá su tratamiento. Asimismo, es posible que necesitemos informar a su aseguradora sobre su estado de salud para obtener la aprobación previa de su tratamiento. Por último, podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica y pagadores para sus actividades de pago.

Operaciones de atención médica. Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros para realizar nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos hacer uso de su información médica para evaluar el rendimiento de nuestro personal al atenderle, o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que prestan. Además, podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica y pagadores para algunas de sus operaciones de atención médica si la información está relacionada con una relación que el proveedor o pagador tiene actualmente o tuvo

anteriormente con usted, y si la ley federal exige que el proveedor o pagador proteja la privacidad de su información médica.

Intercambios de información médica. Podemos participar en intercambios de información médica, lo que nos permite compartir su información médica electrónicamente con otros proveedores de atención médica durante el transcurso de brindarle atención, según lo permitan las leyes estatales y federales. Si desea excluirse o cambiar su opción de intercambio de información médica, por favor comuníquese con el Departamento de Gestión de Información Médica de HSS al (212) 606-1254.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento o distribución de beneficios y servicios médicos. Durante el transcurso de nuestro tratamiento, podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento o servicios. También podemos utilizar su información médica para sugerirle posibles alternativas de tratamiento o prestaciones y servicios médicos que puedan ser de su interés. Sin embargo, en la medida en que un tercero nos ofrezca una remuneración económica para que le enviemos este tipo de mensajes relacionados con el tratamiento o las actividades de atención médica, obtendremos su autorización por adelantado, como lo haríamos con cualquier otro mensaje de marketing (tal y como se describe más adelante en este aviso).

Recaudación de fondos. La recaudación de fondos es una comunicación de HSS ASC o uno de sus socios comerciales, o de la organización de apoyo afiliada de HSS ASC, The Hospital for Special Surgery Fund, Inc. (HSS Foundation”), con el fin de recaudar fondos para promover las misiones de HSS ASC y sus afiliados de atención al paciente, investigación y educación, que incluyen solicitudes de dinero o patrocinio de eventos. Podemos utilizar cierta información sobre usted para recaudar fondos, incluida su información demográfica (como su edad, fecha de nacimiento y sexo, y dónde vive o trabaja), su situación de seguro, las fechas en las que recibió nuestros servicios e información sobre la línea de servicio o departamento bajo el cual se brindaron sus servicios, la identidad de sus médicos tratantes y el resultado de su tratamiento. También podemos compartir esta información con HSS Foundation u otras fundaciones benéficas que se comunicarán con usted para recaudar dinero en nombre de HSS ASC y sus afiliados. No obstante, tiene derecho a excluirse de futuras comunicaciones de recaudación de fondos y puede hacerlos siguiendo las instrucciones de exclusión que se faciliten como parte de la comunicación de recaudación de fondos.

Socios comerciales. Podemos divulgar su información médica a contratistas, agentes y otros socios comerciales que necesiten la información para ayudarnos a obtener el pago o llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con una empresa de facturación que nos ayude a obtener el pago de su aseguradora. Otro ejemplo es que podemos compartir su información médica con una empresa de contabilidad o un bufete de abogados que nos brinde asesoramiento profesional sobre cómo mejorar nuestros servicios de atención médica y cumplir con la ley. En caso de que divulguemos su información médica a un socio comercial, celebraremos un contrato por escrito que le exija proteger la privacidad de su información médica. También podemos permitir que nuestros socios comerciales anonimicen su información médica para utilizarla en beneficio de HSS ASC o en beneficio del socio comercial, o para crear, utilizar y divulgar conjuntos de datos limitados, tal como se describe a continuación en la sección titulada "Información total o parcialmente anonimizada".

2. Directorio de pacientes y familiares y amigos que participan en su atención

Podemos utilizar su información médica en, y divulgarla desde, nuestro Directorio de pacientes, o compartirla con familiares y amigos que participen en su atención, sin que usted lo autorice por escrito. Usted tendrá la oportunidad de negarse a que se hagan estos usos y divulgaciones de su información médica a menos que no haya tiempo suficiente debido a una emergencia médica (en cuyo caso discutiremos sus preferencias con usted tan pronto como la emergencia haya pasado). Seguiremos sus deseos a menos que la ley nos obligue a lo contrario.

Directorio de pacientes. Si usted no se opone, mientras sea paciente de HSS ASC incluiremos su nombre, su ubicación en nuestro centro, su estado general (por ejemplo, regular, estable, crítico, etc.) y su religión en nuestro directorio de pacientes. Esta información del directorio, a excepción de su afiliación religiosa, puede darse a conocer a personas que pregunten por usted por su nombre. Se le podrá revelar su religión a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino, incluso si este no pregunta por usted por su nombre. Si prefiere que no incluyamos su información en nuestro directorio de pacientes, llame al encargado de privacidad de HSS ASC al (212) 548-2510.

Familiares y amigos involucrados en su cuidado. Si no tiene ninguna objeción, podemos compartir sus datos médicos con un familiar, pariente o amigo personal cercano que participe en su atención o en el pago de dicha atención. Asimismo, podemos notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación y estado general como paciente del HSS ASC. En algunos casos, es posible que necesitemos compartir su información con una organización de ayuda en caso de catástrofe que nos ayude a notificar a estas personas.

3. Emergencias o necesidad pública

Podemos utilizar su información médica, y compartirla con otros, para tratarle en caso de emergencia o para satisfacer necesidades públicas importantes. No tendremos la obligación de obtener su autorización por escrito ni de darle la oportunidad de oponerse antes de hacer uso o divulgar su información médica por estos motivos. Sin embargo, obtendremos su autorización por escrito o le daremos la oportunidad de oponerse al uso y divulgación de su información médica en estas situaciones si la ley estatal exige específicamente que lo hagamos.

Emergencias. Podemos utilizar o divulgar su información médica si necesita tratamiento de urgencia o si la ley nos obliga a tratarle.

De conformidad con la ley. Podemos hacer uso o divulgar su información médica si así nos lo exige la ley. Le informaremos de estos usos y divulgaciones si la ley así lo exige.

Actividades de salud pública. Podemos revelar su información médica a funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia gubernamental extranjera que colabore con dichos funcionarios) para que puedan desempeñar sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con funcionarios gubernamentales responsables del control de enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información médica a una persona que pueda haberse expuesto a una enfermedad contagiosa o que corra el riesgo de contraer o propagar la enfermedad si la ley así lo exige o nos lo permite. Podemos divulgar determinada información de salud sobre usted a su

empleador, si este nos contrata para hacerle un examen físico y descubrimos que tiene una lesión o enfermedad ocupacionales que su empleador debe conocer para dar cumplimiento a las leyes laborales.

Víctimas de abuso, descuido o violencia doméstica. Podemos divulgar su información médica a una autoridad de salud pública que esté autorizada a recibir informes sobre abusos, descuido o violencia doméstica; por ejemplo, podemos reportar su información a funcionarios del gobierno si creemos razonablemente que usted ha sido víctima de abuso, descuido o violencia doméstica. Nos esforzaremos por obtener su permiso antes de divulgar esta información, pero en algunos casos, podemos vernos obligados o autorizados a actuar sin su permiso.

Actividades de supervisión de la salud. Tenemos derecho a revelar su información médica a las agencias gubernamentales que tengan autorización para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales supervisan el funcionamiento del sistema de salud, los programas de prestaciones gubernamentales como Medicare y Medicaid, y el cumplimiento de los programas reguladores gubernamentales y las leyes de derechos civiles.

Monitoreo, reparación y retirada de productos. Podemos divulgar su información médica a alguna persona o empresa regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos con el fin de (1) informar o hacer el seguimiento de defectos o problemas de productos; (2) reparar, reemplazar o retirar productos defectuosos o peligrosos; o (3) monitorear el funcionamiento de un producto después de que se haya aprobado para que el público general lo utilice.

Demandas y controversias. Podremos divulgar su información médica si así nos lo ordena un tribunal judicial o administrativo que esté tramitando una demanda u otro tipo de controversia.

Cumplimiento de la ley. Podemos revelar su información médica a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley por las siguientes razones:

- Para cumplir órdenes judiciales o leyes que estemos obligados a acatar;
- Para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a identificar o localizar 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 por una emergencia o por su incapacidad; (2) las autoridades necesitan esta información de inmediato para llevar a cabo sus funciones policiales; y (3) a nuestro criterio profesional, lo mejor para usted es que les revelemos dicha información a estos funcionarios;
- Si sospechamos que su muerte fue consecuencia de una conducta delictiva;
- Si es necesario para denunciar un delito ocurrido en nuestras instalaciones; y
- Si es necesario para denunciar un delito que se descubra en el transcurso de una emergencia médica fuera de nuestras instalaciones (por ejemplo, por parte de el personal de urgencias médicas en el lugar de un delito).

Para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. Podemos hacer uso de su información médica o compartirla con otros cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otra persona o del público. En tales

casos, compartiremos su información solo con una persona capaz de ayudar a prevenir la amenaza. También podemos revelar su información médica a los agentes de la ley si nos informa de que ha participado en un delito violento que puede haber causado daños físicos graves a otra persona (a menos que haya admitido ese hecho durante el asesoramiento), o si determinamos que se ha fugado de una custodia legal (como una prisión o una institución de salud mental).

Actividades de seguridad nacional e inteligencia o servicios de protección. Podemos revelar su información médica a funcionarios federales con autorización que lleven a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia o presten servicios de protección al presidente u otros funcionarios de relevancia.

Militares y veteranos. En el caso de que usted pertenezca a las Fuerzas Armadas, podremos revelar información sobre su salud a las autoridades de mando militar correspondientes para las actividades que consideren oportunas para llevar a cabo su misión militar. También podemos revelar información médica sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Reclusos e instituciones penitenciarias. En caso de que usted sea un recluso o se encuentre detenido por un agente de las fuerzas del orden, podremos revelar sus datos médicos a los funcionarios de prisiones o a los agentes de las fuerzas del orden si es necesario para brindarle asistencia médica o para mantener la seguridad, la protección y el buen orden en el lugar en el que se encuentre confinado. Esto incluye compartir la información que sea necesaria para proteger la salud y la seguridad de otros reclusos o de las personas que participan en la supervisión o el transporte de los reclusos.

Indemnización laboral. Podemos divulgar su información médica a efectos de compensación laboral o programas similares que ofrezcan prestaciones por lesiones laborales.

Investigadores forenses, médicos forenses y directores de funerarias. En el desafortunado caso de que usted fallezca, podemos divulgar su información médica a un investigador forense o médico forense. Tal vez sea necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. Además, podemos revelar su información médica a los directores de funerarias según sea necesario para que desempeñen sus funciones.

Donación de órganos y tejidos. En el desafortunado caso de que usted fallezca, podemos divulgar su información médica a organizaciones que se dedican a adquirir o almacenar órganos, ojos u otros tejidos para que estas organizaciones investiguen si se puede realizar una donación o un trasplante según las leyes vigentes.

Investigación. En la mayoría de los casos, le pediremos una autorización por escrito antes de usar su información médica o compartirla para llevar a cabo alguna investigación. Sin embargo, en algunas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito si obtenemos la aprobación a través de un proceso especial para garantizar que la investigación sin su autorización por escrito suponga un riesgo mínimo para su privacidad. En cualquier caso, bajo ninguna circunstancia permitiremos que los investigadores utilicen su nombre o identidad para fines públicos. También podemos dar a conocer su información médica sin su autorización por escrito a personas que estén preparando un futuro proyecto de investigación, o para permitir que los investigadores determinen si

usted podría ser candidato para un estudio de investigación en particular, siempre y cuando la información que lo identifique no salga de nuestras instalaciones. En el lamentable caso de que usted fallezca, podemos compartir sus datos médicos con personas que estén llevando a cabo investigaciones con datos de personas fallecidas, siempre que se comprometan a no retirar de nuestro centro ningún dato que le identifique. Podemos permitir que los investigadores utilicen muestras o tejidos extraídos de su cuerpo durante un procedimiento de diagnóstico, estudio o tratamiento médico que, de otro modo, serían desechados. Esas muestras o tejidos pueden utilizarse junto con su información médica para llevar a cabo investigaciones médicas del mismo modo que el resto de la información sanitaria.

4. Información parcial o totalmente anónima

Nosotros o nuestros socios comerciales podemos utilizar y divulgar su información médica si hemos eliminado cualquier información que pueda identificarle, de modo que la información médica sea "completamente anónima". Dicha información anónima ya no estará sujeta a los términos de este Aviso.

Nosotros y nuestros socios comerciales también podemos utilizar y divulgar información sanitaria "parcialmente anónima", conocida como "conjunto de datos limitados", sobre usted con fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica si la persona que recibirá el conjunto de datos limitados firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información tal y como exigen las leyes federales y estatales. Los conjuntos de datos limitados no contendrán información alguna que pueda identificarlo directamente (como su nombre, dirección postal, número del Seguro Social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia).

5. Divulgaciones accidentales

Aunque tomaremos medidas razonables para garantizar la privacidad de su información médica, es posible que se produzcan ciertas divulgaciones de su información médica durante o como resultado inevitable de nuestros usos o divulgaciones de su información médica, que de otro modo estarían permitidos. Por ejemplo, en el transcurso de una sesión de tratamiento, otros pacientes que se encuentren en la zona de tratamiento pueden ver, o escuchar por casualidad, conversaciones sobre su información médica.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

Como se ha establecido arriba, HSS ASC por ninguna razón puede usar ni difundir su información médica ni lo hará sin su autorización por escrito, excepto aquellas descritas en este aviso; por ejemplo, necesitamos su autorización por escrito con ciertos fines de marketing, para la venta de información de salud o con respecto a los informes de psicoterapia (si corresponda). Además, necesitamos su autorización por escrito para transferir sus registros a otra persona u organización que usted indique.

Revocación de la autorización. Si nos proporciona una autorización por escrito, podrá revocarla o cancelarla en cualquier momento, salvo en la medida en que ya nos hayamos basado en ella. Al revocar la autorización, dejaremos de utilizar o divulgar sus datos sanitarios por los motivos que contempla su autorización escrita. Su revocación no afectará a los usos o divulgaciones que ya hayamos realizado antes

de la fecha en que recibamos el aviso de la revocación. Para revocar una autorización escrita, debe escribir a Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY, 10021.

Medidas especiales de protección para determinados tipos de información médica. Se aplican protecciones especiales de privacidad a la información relacionada con el SIDA y el VIH, la información sobre el tratamiento de trastornos por uso de sustancias, la información sobre salud mental y la información genética; por ejemplo, la legislación de Nueva York prohíbe la divulgación de información confidencial relacionada con el sida y el VIH, a menos que se autorice en virtud de la ley o de conformidad con un formulario de autorización debidamente firmado. Si su tratamiento involucra alguno de estos tipos de información, es posible que se le entreguen formularios de autorización especiales para que HSS pueda divulgar dicha información. Para pedir copias de estos formularios, llame al Departamento de Gestión de Información Médica de HSS al (212) 606-1254.

SUS DERECHOS DE ACCESO Y CONTROL DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Nos interesa que sepa que tiene los siguientes derechos de acceso y control de su información médica. Estos derechos son importantes, ya que le ayudarán a asegurarse de que la información médica que tenemos sobre usted es exacta. Además, pueden ayudarle a controlar el modo en que utilizamos su información y la compartimos con otros, o el modo en que nos comunicamos con usted sobre sus asuntos médicos.

1. Derecho a inspeccionar y copiar los expedientes

Tiene derecho a inspeccionar y recibir oportunamente una copia, incluso electrónica, de cualquiera de sus datos médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento, mientras esta información se conserve en nuestros registros. Aquí se incluyen los historiales médicos y de facturación.

Cómo hacer su solicitud: Para solicitar inspeccionar u obtener una copia de su información médica, envíe su solicitud por escrito a HSS Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY, 10021 o a ROIrequest@hss.edu. Su solicitud debe incluir (1) la forma o formato de acceso deseado; (2) una descripción de la información médica a la que se aplica la solicitud; y (3) información de contacto correcta. También puede acceder directamente a su información médica a través del portal del paciente MyHSS, visitando <https://myhss.hss.edu/myhss> o a través de la Apple App Store o Google Play.

Costo: Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los gastos de copiado, envío u otros artículos que usemos para atender su solicitud, que generalmente debe pagar antes o cuando le entreguemos las copias.

Forma y formato: Si la información que usted solicita se almacena en medios electrónicos, se la entregaremos en la forma y en el formato que solicite, si se puede conseguir con facilidad en ese formato o, en caso contrario, acordaremos con usted un formato electrónico legible alternativo.

Tiempo de respuesta: Responderemos a su solicitud de inspección de registros en un plazo de 10 días. Por lo general, responderemos a las solicitudes de copias en un plazo de 30 días. Si necesitamos más tiempo para responder a una solicitud de copias, se lo notificaremos por escrito en el plazo anteriormente indicado para explicarle el motivo del retraso y la fecha en la que puede esperar una respuesta definitiva a su solicitud.

Si rechazamos su solicitud: En algunas circunstancias muy limitadas, es posible que rechacemos su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información. Si lo hacemos, podemos entregarle en su lugar un resumen de la información. También le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos las razones por las que solo le proporcionamos un resumen, así como una descripción completa de sus derechos a que se revise esa decisión y el modo en que puede ejercerlos. Dicho aviso también incluirá información sobre cómo presentar una queja sobre estas cuestiones ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tenemos motivos para rechazar solo una parte de su solicitud, le daremos acceso completo a las partes restantes tras excluir la información que no le dejaremos inspeccionar o copiar.

2. Derecho a transferir expedientes

Tiene derecho a iniciar una transferencia de sus expedientes a otra persona u organización si completa un formulario de autorización por escrito. Su solicitud debe incluir la(s) persona(s) autorizada(s) a utilizar y/o recibir la información, y una descripción de la información que se utilizará o divulgará. Generalmente responderemos a su solicitud en un plazo de 30 días. Para iniciar la transferencia, envíe su solicitud por escrito a HSS Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021 o a ROIrequest@hss.edu.

3. Derecho a modificar los expedientes

Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información se conserve en nuestros expedientes.

Cómo hacer su solicitud: Para solicitar una corrección, escriba a HSS Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY, 10021 o a ROIrequest@hss.edu. Una solicitud para enmendar su información médica debe incluir una descripción de la enmienda solicitada y debe incluir las razones por las que usted piensa que debemos hacer la enmienda.

Tiempo de respuesta: Generalmente responderemos a su solicitud en un plazo de 60 días. Si necesitamos más tiempo para responder, se lo notificaremos por escrito en un plazo de 60 días para explicarle el motivo del retraso y la fecha en la que puede esperar una respuesta definitiva a su solicitud.

Si rechazamos su solicitud: Es posible que rechacemos su solicitud de corrección si solicita una corrección de información médica que consideremos que (1) HSS ASC no creó, a menos que el autor de la información médica ya no esté disponible para corregirla; (2) no forma parte de los registros de HSS ASC; (3) no es información médica que se le permitiría inspeccionar o copiar; o (4) es correcta y está completa.

Si rechazamos parte, o la totalidad, de su solicitud, le enviaremos un aviso por escrito que explique nuestras razones para hacerlo. Tendrá derecho a que se incluya en su expediente cierta información relacionada con la modificación solicitada. Por ejemplo, si no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá la oportunidad de presentar una declaración explicando su desacuerdo, que incluiremos en sus expedientes. También le daremos información sobre cómo presentar una queja ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos procedimientos se explicarán con más detalle en cualquier aviso de rechazo por escrito que le enviemos.

4. Derecho a recibir un informe de las divulgaciones

Usted tiene derecho a solicitar un “informe de divulgaciones”, en el que se identifiquen a ciertas otras personas u organizaciones a quienes divulgamos su información médica en los seis años anteriores, de conformidad con la legislación vigente y las protecciones que se establecen en este aviso. Un informe de divulgaciones no describe las formas en que se ha compartido su información médica en el seno de HSS WASC, siempre y cuando se hayan seguido todas las demás protecciones descritas en el presente Aviso (como la obtención de las aprobaciones necesarias antes de compartir su información médica con nuestros médicos con fines de investigación).

La relación de divulgaciones tampoco incluye información sobre las siguientes divulgaciones:

- i. Divulgaciones que le hayamos hecho a usted o a su representante personal;
- ii. Divulgaciones que hayamos realizado en virtud de su autorización por escrito;
- iii. Divulgaciones que hayamos realizado para tratamientos, pagos u operaciones de asistencia médica;
- iv. Divulgaciones realizadas a partir del directorio de pacientes;
- v. Divulgaciones realizadas a sus amigos y familiares involucrados en su atención o en el pago de la misma;
- vi. Divulgaciones accidentales a usos y divulgaciones permitidos de su información médica (por ejemplo, cuando otro paciente que estaba de paso escucha la información);
- vii. Divulgaciones con fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones de atención médica de partes limitadas de su información médica que no le identifican a usted directamente;
- viii. Divulgaciones hechas a funcionarios federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia; y
- ix. Divulgaciones sobre reclusos a instituciones penitenciarias o a funcionarios encargados de aplicar la ley.

Cómo hacer su solicitud: Para solicitar un informe de divulgaciones, escriba a HSS Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY, 10021 o a ROIrequest@hss.edu. Su solicitud debe indicar un período de tiempo en los últimos seis años para las divulgaciones que desea que incluyamos. Tiene derecho a recibir un informe gratis cada 12 meses, pero es posible que le cobremos el costo de entregarles informes adicionales en ese mismo período de 12 meses. Siempre le avisaremos de cualquier gasto que ello suponga para que pueda elegir retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en ningún gasto. El alcance de su derecho a solicitar un informe puede modificarse de vez en cuando para cumplir con los cambios en la legislación federal o estatal.

Tiempo de respuesta: Generalmente responderemos a su solicitud de informes en un plazo de 60 días. En caso de que necesitemos más tiempo para preparar el informe que ha solicitado, le avisaremos por escrito del motivo del retraso y de la fecha en la que puede esperar recibir el informe. En raras ocasiones, es posible que tengamos que retrasar la entrega del informe sin notificárselo porque así nos lo haya solicitado un agente de la autoridad o una agencia gubernamental.

5. Derecho a solicitar protecciones adicionales de la privacidad, como la limitación de revelar información a planes de salud

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos aún más la forma en que utilizamos y divulgamos su información médica para tratar su enfermedad, cobrar el pago de dicho tratamiento o llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. También puede solicitar que limitemos la forma en que revelamos información sobre usted a familiares o amigos que participen en su atención; por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información sobre una intervención quirúrgica a la que se haya sometido. Además, usted tiene derecho a restringir determinadas divulgaciones de su información médica

protegida a un plan de salud, bajo el cual usted u otra persona paga por usted de su bolsillo el total del artículo o servicio médicos.

Cómo hacer su solicitud: Para solicitar restricciones, llame al encargado 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. Su solicitud debe incluir (1) la información desea limitar; (2) si desea limitar la forma en que usamos la información, el modo en que la compartimos con terceros, o ambos; y (3) las personas a las que desea que se apliquen los límites.

No siempre se nos exige aceptar: no siempre estamos obligados a aceptar sus solicitudes de restricciones y, en algunos casos, es posible que la ley no permita la restricción que solicita. No tenemos que aceptar la restricción, a menos que (i1) la divulgación se haga con el fin de llevar a cabo las actividades de pago o de atención médica y no se exija de otro modo por ley, y (ii2) la información médica se relacione únicamente con un artículo o servicio de atención médica que haya pagado usted o alguien por usted de su bolsillo y en su totalidad. Sin embargo, si aceptamos, nos veremos obligados a cumplir con nuestro acuerdo a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley. Una vez que hayamos acordado una restricción, usted tiene derecho a revocarla en cualquier momento. En algunas circunstancias, también tendremos derecho a revocar la restricción siempre que se lo notifiquemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de poder revocar la restricción.

6. Derecho a solicitar información confidencial

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos médicos de una manera más confidencial, para lo cual puede solicitar que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares diferentes. Por ejemplo, puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted en su domicilio en vez de en el trabajo.

Cómo hacer su solicitud: Para solicitar comunicaciones más confidenciales, llame al encargado 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. No le preguntaremos el motivo de su solicitud, e intentaremos satisfacer todas las peticiones razonables. Por favor, especifique en su solicitud el método o lugar en el que desea que nos pongamos en contacto con usted, y el modo en que se gestionará el pago de su asistencia médica si nos comunicamos con usted a través de este método o lugar alternativo.

7. Derecho a recibir un aviso de violación de la información médica no protegida

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica, que le proporcionemos el presente aviso que contiene nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica, y que nos atengamos a los términos de este aviso. La política de HSS ASC es proteger la información sobre su salud de quienes no deberían tener acceso a ella. Ahora bien, si por alguna razón experimentamos una violación de su información médica no protegida, se lo haremos saber.

VARIOS

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

Tiene derecho a nombrar a un representante personal que pueda actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Por regla general, los padres y tutores tendrán derecho a controlar la privacidad de la información médica de los menores, a menos que la ley les permita actuar en su propio nombre. Si desea nombrar a un representante personal, contacte con el consultorio de su proveedor tratante.

2. **Cómo obtener una copia de este aviso**

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento, aunque haya aceptado recibir este aviso por vía electrónica con anterioridad. Para hacerlo, llame al encargado 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. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web: www.hss.edu/asc o puede pedirla en su próxima consulta.

3. **Cómo obtener una copia de un aviso revisado**

De vez en cuando podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, revisaremos el presente aviso para que usted disponga de un resumen preciso de nuestras prácticas, y el aviso revisado se aplicará a toda su información médica. Publicaremos cualquier Aviso revisado en nuestras áreas de admisión y en otros lugares del HSS ASC. La fecha de entrada en vigor del Aviso se indicará siempre en la portada y en la esquina superior exterior de cada página. Nuestro deber es respetar los términos del aviso actualmente en vigor. Puede obtener su propia copia del aviso revisado llamando al encargado de privacidad de HSS ASC al (212) 548-2510 o puede enviar una carta a HSS ASC of Manhattan, Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web: www.hss.edu/asc o puede pedirla en su próxima consulta.

4. **Cómo presentar quejas**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Para presentarnos su queja, llame al encargado 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. Para presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos, puede enviar una carta a Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llame al 1-877-696-6775, o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. *Nadie tomará represalias ni actuará en su contra por presentar una queja.*

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

En **HSS ASC of Manhattan** (“HSS ASC”) valoramos el respeto por la privacidad de nuestros pacientes. No solo se trata de lo que esperan nuestros pacientes, sino que es la forma correcta de brindar atención médica. De conformidad con la ley, protegeremos la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad y le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad que describe las prácticas de privacidad de la información médica del HSS WASC, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados al prestar servicios de atención médica para el HSS WASC. Nuestro Aviso se publicará en un lugar destacado del HSS WASC. Podrá obtener su propia copia del aviso llamando al encargado de privacidad de HSS ASC al (212) 548-2510 o puede enviar una carta a HSS ASC of Manhattan, Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web: www.hss.edu/asc o puede pedirla en su próxima consulta.

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia del presente Aviso y que, por lo tanto, se me ha notificado el modo en que la información sobre mi salud puede ser utilizada y divulgada por HSS WASC, así como el modo en que puedo obtener acceso a dicha información y controlarla. También reconozco y entiendo que se aplican protecciones especiales de la privacidad de la información relacionada con el VIH, la información sobre el tratamiento del abuso de alcohol y sustancias, la información sobre salud mental y la información genética.

Copia del paciente

Firma del paciente o de su representante personal

Nombre del paciente o de su representante personal en letra de imprenta

Descripción de la autoridad del representante personal

Fecha

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea obtener más información, llame al encargado de privacidad de HSS ASC al (212) 548-2510.

Solo para uso del consultorio: En el caso de que el paciente no firme este formulario de acuse de recibo, haga constar en este espacio los esfuerzos de buena fe que se han realizado para obtener dicho acuse de recibo.

Esta página es su copia del reconocimiento que se le pidió que firmara cuando se le entregó por primera vez este aviso.