

**CONTINUUM HEALTH PARTNERS, INC.
BETH ISRAEL MEDICAL CENTER
ST. LUKE'S-ROOSEVELT HOSPITAL CENTER
LONG ISLAND COLLEGE HOSPITAL
NEW YORK EYE AND EAR INFIRMARY**

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2003

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER USADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. *SÍRVASE LEERLA DETENIDAMENTE.*

La ley nos exige proteger la privacidad de la información sobre su salud que pueda revelar su identidad y proporcionarle una copia de esta notificación que describe las prácticas de protección de la privacidad de la información sobre su salud en nuestro hospital, su personal médico y de los proveedores de servicios de asistencia médica afiliados que conjuntamente con nuestro hospital proporcionan servicios de asistencia médica. Una copia de nuestra notificación actualizada estará siempre colocada en un lugar visible en nuestra área de recepción. También le será posible obtener su propia copia en nuestro sitio Web www.wehealnewyork.org, llamando a nuestra oficina o pidiendo una durante su próxima visita.

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o si desea más información, sírvase ponerse en contacto con la Oficina de Relaciones con el Paciente del hospital o con el Oficial de Privacidad del hospital, llamando al 212-523-2162.

QUIÉNES SIGUEN LAS PRÁCTICAS DESCRITAS EN ESTA NOTIFICACIÓN

El hospital proporciona servicios de asistencia médica a pacientes conjuntamente con médicos y otros profesionales y organizaciones de servicios de asistencia médica. Las prácticas de protección de la privacidad descritas en esta notificación serán cumplidas por las siguientes personas e instituciones:

- Cualquier profesional de asistencia médica que le dé tratamiento en cualquiera de nuestros centros;
- Todos los empleados, miembros del personal médico, personas que están recibiendo entrenamiento, estudiantes o voluntarios en cualquiera de nuestros centros;
- Cualquier asociado comercial de nuestro hospital (los cuales se describen abajo).

RESUMEN DE INFORMACIÓN IMPORTANTE

Requisito de autorización escrita. Generalmente obtendremos su autorización escrita antes de utilizar información sobre su salud o compartirla con otros ajenos a nuestro hospital. Usted también puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona, llenando un formulario de autorización escrita. Si nos da su autorización escrita, podrá revocar la autorización escrita en cualquier momento, excepto en la medida en que nos hayamos ya basado en la misma. Para revocar una autorización escrita, sírvase escribir a Privacy Officer, Continuum Health Partners, Inc., Legal Affairs, 555 West 57th Street, 18th Floor, New York, New York 10019.

Excepciones al requisito de autorización escrita. Hay algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización escrita para utilizar la información sobre su salud o compartirla con otros. Estas son:

Continuum Health Partners, Inc.

Beth Israel
Hospital universitario y
recinto universitario
Manhattan del Colegio
Universitario de
Medicina Albert Einstein

**St. Luke's
Roosevelt**
Hospital universitario del
Colegio Universitario de
Médicos y Cirujanos de
la Universidad de
Columbia

**Long Island
College Hospital**
Afiliado para enseñanza
clínica primaria del
Centro de Ciencias
Médicas SUNY en
Brooklyn

**NY Eye & Ear
Infirmery**
Hospital afiliado para
enseñanza del Colegio
Universitario Médico de
Nueva York

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

- **Excepción para tratamiento, pago y operaciones comerciales.** Podríamos utilizar y revelar la información sobre su salud para tratar su trastorno, cobrar el pago de dicho tratamiento o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. En algunos casos, podríamos revelar información sobre su salud a otro proveedor de servicios de asistencia médica o pagador para sus actividades de pago y algunas de sus operaciones comerciales. Para más información, sírvase ver las páginas 3-4 de esta notificación.
- **Excepción para el Directorio de pacientes y revelación a familiares y amigos involucrados en su tratamiento.** Podríamos incluir información sobre su salud en nuestro Directorio de pacientes o compartirla con familiares y amigos involucrados en su tratamiento. Aunque no estamos obligados a obtener su autorización escrita, le preguntaremos si tiene alguna objeción al uso o revelación de información sobre su salud de esta manera. Para más información, sírvase ver la página 4 de esta notificación.
- **Excepción por necesidad pública.** Podríamos utilizar o revelar información sobre su salud en algunas situaciones para cumplir con la ley o satisfacer necesidades públicas importantes. Por ejemplo, podríamos compartir información con funcionarios de salud pública en el estado de Nueva York o los departamentos de salud de la ciudad autorizados para investigar y controlar la propagación de enfermedades. Para más ejemplos, sírvase ver las páginas 4-6 de esta notificación.
- **Excepción si la información es total o parcialmente no identificada.** Podríamos utilizar o revelar información sobre su salud cuando hayamos eliminado cualquier información que lo pueda identificar de manera que la información sobre su salud esté "totalmente no identificada". También podríamos utilizar y revelar información "parcialmente no identificada" si la persona que la recibirá acuerda por escrito proteger la privacidad de la información. Para más información, sírvase ver la página 6 de esta notificación.

Cómo tener acceso a la información sobre su salud. Usted tiene en términos generales el derecho de examinar y copiar la información sobre su salud. Para más información, sírvase ver las páginas 6-7 de esta notificación.

Cómo corregir la información sobre su salud. Usted tiene derecho de solicitar que enmendemos la información sobre su salud si la considera incorrecta o incompleta. Para más información, sírvase ver la página 7 de esta notificación.

Cómo identificar a otros que han recibido información sobre su salud. Usted tiene derecho de recibir una "lista de revelaciones" que identifique a ciertas personas u organizaciones a las cuales hemos revelado información sobre su salud de acuerdo con las medidas de protección descritas en esta Notificación de Prácticas de protección de la privacidad. Muchas revelaciones rutinarias que hacemos no serán incluidas en esta lista, pero la lista identificará muchas revelaciones de información sobre su salud, no rutinarias. Para más información, sírvase ver la página 7 de esta notificación.

Como solicitar medidas adicionales de protección de su privacidad. Usted tiene derecho de solicitar más restricciones en la forma en que utilizamos la información sobre su salud o la compartimos con otros. No estamos obligados a aceptar las restricciones que usted solicita, pero en los casos en que las aceptemos, estaremos obligados por nuestra aceptación. Para más información, sírvase ver la página 8 de esta notificación.

Cómo solicitar comunicaciones más confidenciales. Usted tiene derecho de solicitar que nos pongamos en contacto con usted en una forma más confidencial, como en su hogar en vez de en su trabajo. Trataremos de satisfacer todas las solicitudes razonables. Para más información, sírvase ver la página 8 de esta notificación.

Cómo puede alguien actuar en su nombre y representación. Usted tiene derecho de designar a un representante personal que podrá actuar en su nombre y representación para controlar la privacidad de la información sobre su salud. Los padres y los que tienen custodia tienen generalmente el derecho de controlar la privacidad de la información sobre la salud de menores, excepto cuando la ley permita a los menores actuar en su propio nombre y representación.

Cómo obtener información sobre medidas especiales de protección de información sobre el SIDA, el abuso de las bebidas alcohólicas y las drogas, salud mental y genética. Se aplican medidas especiales de protección a la información relacionada con el SIDA, los tratamientos para el abuso de las bebidas alcohólicas o las drogas, salud mental y genética. Algunas partes de esta Notificación de Prácticas de Protección de la Privacidad podrían no ser aplicables a estos tipos de información. Si su tratamiento implica esta información, se le proporcionarán notificaciones separadas que expliquen cómo será protegida la información.

Cómo obtener una copia de esta notificación. Usted tiene derecho de obtener una copia impresa de esta notificación. Usted puede solicitar una copia impresa en cualquier momento, aunque haya acordado previamente recibir

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

esta notificación por medios electrónicos. Para hacerlo, llame a nuestro Privacy Officer (Oficial de Privacidad) al 212-523-2162. Usted podrá también obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio Web www.wehealnewyork.org o solicitando una copia en su próxima visita.

Cómo obtener una copia de la notificación revisada. Podrían cambiar ocasionalmente nuestras prácticas de protección de la privacidad. Si lo hacemos, revisaremos esta notificación para que usted tenga un resumen preciso de nuestras prácticas. La notificación revisada será aplicable a toda la información sobre su salud. Cualquier notificación revisada será colocada en un lugar visible en el área de recepción de nuestro hospital. También le será posible obtener su propia copia de la notificación revisada de nuestro sitio Web www.wehealnewyork.org, llamando a nuestro Privacy Officer al 212-523-2162 o pidiendo una durante su próxima visita. La fecha de entrada en vigencia de la notificación aparecerá siempre en la esquina superior derecha de la primera página. Estamos obligados a cumplir los términos de la notificación actualmente vigente.

Cómo presentar una queja. Si usted considera que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja, póngase en contacto con Louis I. Schenkel, Privacy Officer, Continuum Health Partners, Inc., Departamento Legal, 555 West 57th Street, New York, New York 10019, teléfono 212-523-2162. *Nadie tomará represalias ni ninguna otra acción contra usted por presentar una queja.*

QUÉ INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD ESTÁ PROTEGIDA

Estamos comprometidos con la protección de la privacidad de la información que obtenemos sobre usted al proporcionarle servicios relacionados con la salud. Estos son algunos ejemplos de información protegida sobre la salud:

- información que indique que usted es paciente del hospital o recibe del hospital tratamiento u otros servicios relacionados con la salud;
- información sobre su estado de salud (como una enfermedad que pueda tener);
- información sobre productos o servicios médicos que haya recibido o pueda recibir en el futuro (como una operación); o
- información sobre sus beneficios de asistencia médica bajo un plan de seguro (como si una receta está cubierta);

cuando se combina con:

- información demográfica (como su nombre, dirección o su estatus con respecto a los seguros);
- números únicos que puedan identificarlo (como el número de su seguro social, su número de teléfono o el número de su licencia de conducir); y
- otro tipo de información que lo pueda identificar.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN ESCRITA

Para su información, hemos incluido a continuación una explicación más detallada de cómo podemos utilizar y revelar información sobre su salud sin su autorización escrita.

1. Tratamiento, pago y operaciones comerciales

Podríamos utilizar información sobre su salud o compartirla con otros para tratar su trastorno, obtener el pago por el tratamiento y llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. En algunos casos, podríamos revelar información sobre su salud para actividades de pago y ciertas operaciones comerciales de otro proveedor de servicios de asistencia médica o pagador. A continuación se incluyen algunos ejemplos de cómo la información sobre su salud podría ser utilizada y revelada para tales fines.

Tratamiento. Podríamos compartir información sobre su salud con médicos o enfermeras del hospital que participen en su asistencia médica, y estas personas, a su vez, podrían utilizar esa información para diagnosticarlo o tratarlo. Un médico en nuestro hospital podría compartir información sobre su salud con otro médico dentro de nuestro hospital o con un médico de otro hospital, para determinar cómo diagnosticarlo o tratarlo. Su médico podría también compartir información sobre su salud con otro médico al que usted haya sido referido para continuar su tratamiento.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

Pago. Podríamos utilizar o compartir información sobre su salud con otros para obtener pago por los servicios de asistencia médica que usted recibió. Por ejemplo, podríamos compartir información sobre usted con su compañía de seguro médico, para obtener el reembolso por su tratamiento, o para determinar si su tratamiento está cubierto. Podríamos también informar a su compañía de seguro médico sobre su estado de salud para obtener aprobación previa para su tratamiento, como admitirlo en el hospital para un tipo específico de cirugía. Finalmente, podríamos compartir información sobre usted con otros proveedores y pagadores de servicios de asistencia médica para sus actividades de pago.

Operaciones comerciales. Podríamos utilizar información sobre su salud o compartirla con otros para realizar nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podríamos utilizar información sobre su salud para evaluar el desempeño de los miembros de nuestro personal que lo atienden o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar los servicios de asistencia médica que le proporcionan. Finalmente, podríamos compartir información sobre su salud con otros proveedores y pagadores de servicios de asistencia médica y para algunas de sus operaciones comerciales si la información se relaciona con una relación que el proveedor o pagador tenga en ese momento o haya tenido anteriormente con usted y si el proveedor o pagador está obligado por ley federal a proteger la privacidad de la información sobre su salud.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios. Durante el curso de su tratamiento, podríamos utilizar información sobre su salud para ponernos en contacto con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o servicio en nuestras instalaciones. Podríamos también utilizar información sobre su salud para recomendarle alternativas posibles de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con su salud que puedan interesarle.

Recaudación de fondos. Como apoyo a nuestras operaciones comerciales, podríamos utilizar información demográfica relacionada con usted, incluyendo información sobre su edad y sexo, dónde vive y trabaja y las fechas en que recibió tratamiento para ponernos en contacto con usted para recaudar dinero que nos ayude en nuestras operaciones. Podríamos también compartir esta información con una fundación de caridad que se pondría en contacto con usted a fin de recaudar fondos para nuestro beneficio.

Asociados comerciales. Podríamos revelar información sobre su salud a contratistas, agentes y otros asociados comerciales que necesiten la información para ayudarnos a obtener pago o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podríamos compartir información sobre su salud con una compañía de facturación que nos ayude a obtener el pago de su compañía aseguradora. Otro ejemplo es que podríamos compartir información sobre su salud con una firma de contadores, abogados u organización de control de riesgos que nos proporcione asesoramiento profesional sobre cómo mejorar nuestros servicios de asistencia médica y cumplir la ley. Si llegáramos a revelar información sobre su salud a un asociado comercial, tendríamos un contrato escrito que asegure que nuestro asociado comercial también protegerá la privacidad de la información sobre su salud.

Los Hospitales Continuum cooperan mutuamente en el tratamiento de los pacientes. Para manejar su información médica, los hospitales y entidades que forman Continuum Health Partners, Inc., se tratan mutuamente como un proveedor de servicios de asistencia médica unitario y pueden compartir información sobre su salud cuando sea necesario para su tratamiento, para obtener el pago de su compañía de seguro médico y para realizar sus operaciones diarias.

2. Directorio de pacientes/familiares y amigos

Podríamos utilizar información sobre su salud contenida en el Directorio de pacientes y revelarla o compartirla con familiares y amigos involucrados en su tratamiento. Siempre le daremos una oportunidad de objetar a menos que no haya tiempo suficiente debido a una emergencia médica (en cuyo caso discutiríamos sus preferencias con usted tan pronto haya pasado la emergencia). Cumpliremos sus deseos excepto cuando la ley nos exija otra cosa.

Directorio de pacientes. Si usted no tiene ninguna objeción, incluiremos su nombre, ubicación en nuestras instalaciones, estado de salud general (por ejemplo, regular, estable, crítico, etc.) y su afiliación religiosa en nuestro Directorio de pacientes mientras esté en nuestro hospital como paciente o en una de nuestras instalaciones que aparecen al comienzo de esta notificación. La información contenida en este directorio, con la excepción de su afiliación religiosa, podría ser revelada a personas que pregunten por usted mencionando su nombre. Su afiliación religiosa podrá darse a un miembro del clero, como un sacerdote/pastor o rabino, aunque no mencione su nombre al solicitar la información.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

Familiares y amigos involucrados en su tratamiento. Si usted no tiene ninguna objeción, podríamos compartir información sobre su salud con un miembro de su familia, pariente o amigo personal muy allegado que esté involucrado en su tratamiento o en el pago de su tratamiento. Podríamos también notificar a un miembro de su familia, representante personal o a otra persona responsable por su tratamiento sobre su ubicación y estado de salud general aquí en el hospital, o sobre el hecho desafortunado de su fallecimiento. En algunos casos, necesitamos compartir información sobre la salud de nuestros pacientes con organizaciones de asistencia y rescate en situaciones de catástrofe que nos ayudan a notificar a estas personas.

3. Necesidad pública

Podríamos utilizar información sobre su salud y compartirla con otros para cumplir con la ley o satisfacer necesidades públicas importantes que se describen a continuación.

Como lo exige la ley. Podríamos utilizar o revelar información sobre su salud si la ley nos exige hacerlo. También le notificaríamos estos usos y revelaciones si la ley nos obliga a hacerlo.

Actividades de salud pública. Podríamos compartir información sobre su salud con funcionarios de salud pública autorizados (o una agencia de gobierno extranjero que colabore con tales funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podríamos compartir información sobre su salud con funcionarios de gobierno responsables de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podríamos revelar información sobre su salud a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que corra riesgo de contraer o propagar la enfermedad si una ley nos permitiese hacerlo. Y por último, podríamos revelar cierta información sobre su salud a su empleador si su empleador nos contrata para hacerle a usted un examen físico y descubrimos que usted tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que su empleador deba conocer para cumplir con las leyes de contratación de personal.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Podríamos revelar información sobre su salud a una autoridad de salud pública autorizada para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, podríamos reportar información sobre su salud a funcionarios gubernamentales si consideramos razonablemente que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para obtener su permiso antes de revelar esta información, pero en algunos casos podríamos vernos obligados o estar autorizados para actuar sin su permiso.

Actividades de supervisión de proveedores de servicios de asistencia médica. Podríamos revelar información sobre su salud a agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones en nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales monitorean el funcionamiento del sistema de servicios de asistencia médica, programas de beneficios gubernamentales como Medicare y Medicaid y el cumplimiento con programas gubernamentales reglamentarios y leyes sobre derechos civiles.

Monitoreo, reparación y retirada de productos. Podríamos revelar información sobre su salud a una persona o compañía regulada por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA por sus siglas en inglés) con el propósito de: (1) reportar o rastrear defectos o problemas de algún producto; (2) reparar, reemplazar o retirar del mercado, productos defectuosos o peligrosos; o (3) monitorear el desempeño de un producto después de que su uso haya sido aprobado para el público en general.

Demandas judiciales y disputas. Podríamos revelar información sobre su salud si nos ordena hacerlo un tribunal de justicia o administrativo que conozca una demanda judicial o una disputa.

Ejecución de la ley. Podríamos revelar información sobre su salud a oficiales a cargo de la ejecución de la ley o policías por los siguientes motivos:

- Cumplir con las órdenes judiciales o leyes que estamos obligados a cumplir;
- Ayudar a los oficiales a cargo de la ejecución de 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 nos ha sido posible obtener su acuerdo debido a una situación de emergencia o porque usted está incapacitado; (2) oficiales a cargo de la ejecución de la ley necesitan esta información inmediatamente para llevar a cabo sus obligaciones; y (3) a nuestro juicio profesional la revelación a estos oficiales es beneficiosa para usted;
- Si sospechamos que su muerte fue el resultado de una conducta delictiva;
- Si fuese necesario para reportar un delito ocurrido en nuestros terrenos o instalaciones; o

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

- Si fuese necesario para reportar un delito descubierto durante una emergencia médica fuera de nuestras instalaciones (por ejemplo, por técnicos médicos especializados en situaciones de emergencia en el lugar del crimen).

Para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad. Podríamos utilizar información sobre su salud o compartirla con otros cuando fuese necesario para evitar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona o el público. En tales casos, únicamente compartiremos información con alguien capaz de ayudar a evitar la amenaza. También podríamos revelar información sobre su salud a oficiales a cargo de la ejecución de la ley si usted nos dice que participó en un crimen violento que pudiese haber causado daño físico grave a otra persona (excepto si usted admitiera ese hecho durante una sesión de terapia) o si determinamos que usted escapó estando bajo custodia legal (como una prisión o institución para enfermos mentales).

Actividades de seguridad nacional e inteligencia o servicios de protección. Podríamos revelar información sobre su salud a oficiales federales autorizados que estén realizando actividades de seguridad nacional e inteligencia o proporcionando servicios de protección al Presidente u otros funcionarios importantes.

Miembros de las Fuerzas Armadas y licenciados del servicio militar (veteranos). Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas podríamos revelar información sobre su salud a las autoridades militares correspondientes para actividades que consideren necesarias para realizar su misión militar. También podríamos revelar información sobre la salud de miembros del personal militar de un país extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Prisioneros e instituciones correccionales. Si usted está preso o detenido por un oficial a cargo de la ejecución de la ley, podríamos revelar información sobre su salud a los funcionarios de la prisión o a los oficiales a cargo de la ejecución de la ley si fuese necesario para proporcionarle servicios de asistencia médica o para mantener la seguridad y el orden en el lugar donde usted está recluso. Esto incluye compartir información necesaria para proteger la salud y seguridad de otros reclusos o de los miembros del personal encargados de la supervisión o el transporte de los prisioneros.

Seguro de accidentes de trabajo (Workers' Compensation). Podríamos revelar información sobre su salud para programas de seguro de accidentes de trabajo o similares que proporcionan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. En el caso desafortunado de su fallecimiento, podríamos revelar información sobre su salud a un médico forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa del fallecimiento. Podríamos también revelar esta información a directores de funerarias hasta donde fuese necesario para que puedan llevar a cabo sus obligaciones.

Donación de órganos y tejidos. En el caso desafortunado de su fallecimiento, podríamos revelar información sobre su salud a organizaciones que obtienen o almacenan órganos, ojos u otros tejidos para que estas organizaciones puedan investigar si es posible la donación o el trasplante de acuerdo con las leyes aplicables.

Investigaciones. En la mayor parte de los casos, le pediremos su autorización escrita antes de utilizar la información sobre su salud o compartirla con otros con fines de investigación. No obstante, bajo algunas circunstancias, podríamos utilizar y revelar información sobre su salud sin su consentimiento escrito, si obtenemos la aprobación mediante un proceso especial para asegurar que la investigación sin su autorización escrita representa un riesgo mínimo para su privacidad. No obstante, bajo ninguna circunstancia permitiremos a investigadores utilizar su nombre o identidad en público. También podríamos revelar información sobre su salud sin su autorización escrita a personas que estén preparando un proyecto de investigación futuro, siempre que cualquier información que lo identifique no salga de nuestras instalaciones. En el caso desafortunado de su fallecimiento, podríamos compartir información sobre su salud a personas que estén realizando una investigación utilizando la información de personas fallecidas, siempre que acuerden no sacar de nuestras instalaciones ninguna información que lo identifique.

4. Información total o parcialmente no identificada

Podríamos utilizar y revelar información sobre su salud si hemos eliminado cualquier información que pueda identificarlo de manera que la información sobre su salud esté "totalmente no identificada". También podríamos utilizar y revelar información sobre su salud "parcialmente no identificada" si la persona que la recibirá firma un acuerdo de proteger la privacidad de la información, como lo exige la ley federal y estatal. La información sobre salud parcialmente no identificada no contendrá ninguna información que lo identificaría directamente (como su nombre, dirección domiciliaria,

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

número de su seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de su sitio Web o el número de su licencia de conducir).

5. Revelaciones incidentales

Si bien tomaremos medidas razonables para salvaguardar la privacidad de la información sobre su salud, ciertas revelaciones de información sobre su salud podrían ocurrir durante o como resultado inevitable de los usos o revelaciones de información sobre su salud permisibles por otros motivos. Por ejemplo, durante el transcurso de una sesión de tratamiento, otros pacientes en el área de tratamiento, podrían ver alguna información sobre su salud u oír una discusión sobre la misma.

SUS DERECHOS DE TENER ACCESO Y CONTROLAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Queremos informarle que usted tiene los siguientes derechos para tener acceso y controlar la información sobre su salud. Estos derechos son importantes porque le ayudarán a asegurarse de que la información sobre usted que tenemos es correcta. También lo pueden ayudar a controlar la forma en que utilizamos su información y la compartimos con otros o la forma en que nos comunicamos con usted sobre sus asuntos médicos.

1. El derecho de examinar y obtener copias de sus registros

Usted tiene derecho de examinar y obtener copias de cualquier información sobre su salud que pueda ser utilizada para tomar decisiones con respecto a usted y su tratamiento siempre que la conservemos en nuestros registros. Esta información incluye historiales clínicos y de facturación. Para examinar u obtener una copia de la información sobre su salud, presente por favor su solicitud por escrito ante el Departamento de Historiales Clínicos (Medical Records Department) del hospital o el consultorio del médico donde se guarda su historial clínico. Si usted solicita una copia de la información, podríamos imponerle un cargo por el costo de copiar y enviar por correo la información y por el costo de otros materiales que utilicemos para atender su solicitud. El cargo estándar es 0.75 centavos estadounidenses por página y usualmente debe ser pagado antes de o al momento en que le entreguemos las copias.

Responderemos a su solicitud de examinar los registros dentro del término de 10 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder a su solicitud de copias, se lo notificaremos dentro del plazo indicado para explicarle el motivo del retraso y cuándo puede esperar una respuesta definitiva a su solicitud.

Bajo ciertas circunstancias muy limitadas, podríamos negarle su solicitud de examinar u obtener copias de su información. Si lo hiciésemos, le proporcionaremos un resumen de la información. También le proporcionaremos una notificación escrita explicándole los motivos por los cuales estamos enviándole sólo un resumen y una descripción completa de sus derechos de que dicha decisión sea revisada y cómo puede ejercerlos. La notificación incluirá también información sobre cómo presentar una queja sobre tales asuntos ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tenemos razón en negarle sólo una parte de su solicitud, le proporcionaremos acceso completo a las partes restantes después de excluir la información que no podemos dejarle examinar ni copiar.

2. Derecho de enmendar los registros

Si considera que la información que tenemos sobre su salud es incorrecta o incompleta, puede pedirnos enmendarla. Usted tiene derecho de solicitar una enmienda mientras la información permanezca en nuestros registros. Para solicitar una enmienda, sírvase escribir al Departamento de Historiales Clínicos (Medical Records Department) del hospital o al consultorio del médico donde se guarda su historial clínico. Su solicitud deberá incluir los motivos por los que piensa que debemos hacer la enmienda. Usualmente responderemos a su solicitud dentro del término de 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder, se lo notificaremos dentro del término de 60 días para explicarle el motivo del retraso y cuándo puede esperar una respuesta definitiva a su solicitud.

3. Derecho a una lista de revelaciones

A partir del 14 de abril de 2003, usted tiene derecho de solicitar una "lista de revelaciones" que identifique ciertas otras personas u organizaciones a las cuales les hemos revelado información sobre su salud, de acuerdo con leyes aplicables y las medidas de protección establecidas en esta Notificación de Prácticas de protección de la privacidad. Una lista de revelaciones no describe la forma en que la información sobre su salud ha sido compartida dentro de y entre el hospital y las instalaciones indicadas al comienzo de esta notificación, siempre que se haya seguido todas las demás medidas de protección descritas en esta Notificación de Prácticas de privacidad (tales como obtener las

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

aprobaciones exigidas antes de compartir información sobre su salud con nuestros médicos para fines de investigación).

Una lista de revelaciones tampoco incluye información sobre las siguientes revelaciones:

- Revelaciones que le hemos hecho a usted o a su representante personal;
- Revelaciones que hemos hecho de acuerdo con su autorización escrita;
- Revelaciones que hemos hecho para fines de tratamiento, pago u operaciones comerciales;
- Revelaciones hechas del directorio de paciente;
- Revelaciones hechas a sus amistades y familiares involucrados en su tratamiento o pagos por su tratamiento;
- Revelaciones que fueron incidentales a los usos y revelaciones permisibles de la información sobre su salud (por ejemplo, cuando otro paciente oye alguna información al pasar);
- Revelaciones para fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones comerciales de porciones limitadas de la información sobre su salud que no lo identifiquen directamente;
- Revelaciones hechas a funcionarios federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia;
- Revelaciones sobre prisioneros en instituciones correccionales u oficiales a cargo de la ejecución de la ley;
- Revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

Para solicitar una lista de revelaciones, sírvase escribir al Departamento de Historiales Clínicos (Medical Records Department) del hospital o el consultorio del médico donde se guarda su historial clínico. Su solicitud debe incluir un período dentro de los últimos seis años (pero después del 14 de abril de 2003) para las revelaciones que usted desea que incluyamos. Por ejemplo, usted podrá solicitar una lista de revelaciones hechas por nosotros entre el 1 de enero de 2004 y el 1 de enero de 2005. Usted tiene derecho de recibir una lista gratis dentro de cada período de 12 meses. No obstante, podríamos imponerle un cargo por el costo de proporcionarle cualquier lista de revelaciones adicional en el mismo período de 12 meses. Siempre le notificaremos cualquier costo involucrado para que usted pueda seleccionar entre retirar su solicitud o modificarla antes de incurrir en costos.

Usualmente responderemos a su solicitud de una lista de revelaciones dentro del término de 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para preparar la lista de revelaciones que ha solicitado, le notificaremos por escrito el motivo del retraso y la fecha en que puede esperar recibir la lista. En algunos pocos casos, tendríamos que retrasar el envío de la lista sin notificarle debido a que un oficial a cargo de la ejecución de la ley o una agencia gubernamental nos han pedido hacerlo.

4. Derecho de solicitar medidas adicionales de protección de la privacidad

Usted tiene derecho de solicitar que nosotros restrinjamos aún más la forma en que utilizamos y revelamos información sobre su salud para tratar su trastorno de salud, cobrar el pago por dicho tratamiento o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Usted puede asimismo solicitar que limitemos la forma cómo revelamos información sobre usted a familiares y amigos que participan en su tratamiento. Por ejemplo, usted puede solicitar que no revelemos información sobre una cirugía a la que fue sometido. Para solicitar restricciones, sírvase escribir a Privacy Officer, Continuum Health Partners, Inc., Legal Affairs, 555 West 57th Street, 18th Floor, New York, New York 10019. Su solicitud debe incluir (1) la información que desea restringir; (2) si usted desea restringir la forma en que utilizamos la información, como la compartimos con otros o ambas; y (3) a quien desea usted que se aplique la restricción.

Favor tomar nota de que no se nos exige aceptar su solicitud de restricción y en algunos casos, la restricción que usted solicita podría no estar permitida por la ley.

5. Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos relacionados con su salud en una forma más confidencial, solicitando que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares distintos. Por ejemplo, usted podría pedirnos que nos pongamos en contacto con usted en su casa en lugar de en el trabajo. Para solicitar comunicaciones más confidenciales, sírvase escribir al Departamento de Historiales Clínicos (Medical Records Department) del hospital o al consultorio del médico que lo atiende. *No le preguntaremos el motivo de su solicitud y trataremos de satisfacer todas las solicitudes razonables.* Favor especifique en su solicitud cómo y dónde desea que nos comuniquemos con usted y cómo se tramitará el pago de los servicios de asistencia médica que usted reciba si nos comunicamos con usted a través de este método o lugar alternativo.