

# AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y REVELARSE, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR RE- VISE ESTE AVISO CON CUIDADO.**

La ley obliga a Westchester Medical Center (WMC) a proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y a proveerle una copia de este aviso que describe las prácticas relacionadas con la privacidad de la información de salud de nuestro hospital, su personal médico y los proveedores de atención de la salud afiliados que, conjuntamente con nuestro hospital, proveen servicios de atención de la salud. Se publicará una copia de este aviso actual en áreas públicas en todo el hospital. También podrá obtener copias adicionales si accede a nuestro sitio web en [www.worldclassmedicine.com](http://www.worldclassmedicine.com) o si solicita uno la próxima vez que concurra.

Si tiene preguntas sobre este aviso o le gustaría tener mayor información, por favor comuníquese con el Funcionario de privacidad al (914) 493-2600.

## ¿QUIÉN CUMPLIRÁ CON ESTE AVISO?

Westchester Medical Center ofrece atención de salud a pacientes, en conjunto con médicos y otros profesionales de la salud. Las prácticas de privacidad que se describen en este aviso serán respetadas por:

- Todo profesional del cuidado de la salud que le provee servicios en cualquiera de nuestras instalaciones; por ejemplo, el Westchester Medical Center Hospital, Children's Hospital, Medical Arts Building, Cedarwood Hall;
- Todos los empleados, personal médico, practicantes, estudiantes o voluntarios en cualquiera de nuestras instalaciones;
- Todo el personal médico afiliado y sus empleados que son parte de un Acuerdo organizado de atención de la salud con Westchester County Health Care Corporation. Un Acuerdo organizado de atención de la salud es en parte un centro clínico integrado en donde las personas reciben atención de la salud de parte de más de un proveedor de atención de la salud.
- Todos los asociados comerciales de nuestro hospital (que se describen a continuación).

## IMPORTANTE RESUMEN DE INFORMACIÓN

**Requisito de Autorización escrita.** WMC generalmente obtendrá una autorización escrita antes de utilizar su información de salud o de compartirla con otros fuera del hospital. Además puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona si completa un formulario escrito de autorización. Si nos provee una autorización por escrito, podrá revocar dicha autorización en cualquier momento, excepto que ya hayamos cumplido con su pedido. Para revocar una autorización escrita, por favor escriba al Director de gestión de salud de la información, Macy Pavilion, Room MI 8, Valhalla, New York 10595.

**Excepciones a los requisitos de autorización escrita.** Existen algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización escrita antes de utilizar su información de salud o de compartirla con otros. Éstas son:

- Excepción por tratamiento, pago y operaciones comerciales. Podemos utilizar y revelar su información de salud para tratar su enfermedad, cobrar por ese tratamiento o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. En algunos casos, también podemos revelar su información de salud a otro proveedor de atención de la salud o parte responsable del pago por sus actividades de pago y ciertas de sus operaciones comerciales. Para mayor información, consulte Tratamiento, Pago y operaciones comerciales.

- Excepciones para el Directorio de servicios y divulgación a amigos y familiares que participan en su atención. Podemos incluir información suya en nuestro Directorio de servicios o compartir información sobre su salud con su familia y amigos que participan en su atención. A pesar de que no es requisito que obtengamos su autorización escrita, le preguntaremos si tiene alguna objeción si utilizamos o revelamos su información de salud de este modo. Para mayor información, consulte Directorio de servicios/Familiares y Amigos.
- Excepción por necesidad pública. Podemos utilizar o revelar su información de salud en ciertas situaciones para cumplir con la ley o satisfacer importantes necesidades públicas. Por ejemplo, podemos compartir información con funcionarios de salud pública en el estado de Nueva York u otros departamentos de salud que están autorizados a investigar y controlar la propagación de enfermedades. Para acceder a más ejemplos, consulte Necesidad pública.
- Excepción si la información es completamente o parcialmente des-identificada. Podemos utilizar o revelar su información de salud si hemos retirado toda información que podría identificarlo para que la información de salud esté completamente des-identificada”. También podemos utilizar y revelar “información parcialmente des-identificada” si la persona que recibirá la información acuerda por escrito a proteger la privacidad de la información. Para mayor información, por favor consulte Información parcialmente o completamente des-identificada.

**Cómo acceder a su información de salud.** Usted generalmente tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud. Para mayor información, por favor consulte Derecho a inspeccionar y copiar registros.

**Cómo corregir su información de salud.** Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud si cree que es incorrecta o incompleta. Para mayor información, por favor consulte Derecho a enmendar registros.

**Cómo identificar a otros que hayan recibido su información de salud.** Usted tiene derecho a recibir una “cuenta de divulgaciones”, que identifica a ciertas personas u organizaciones a las que hemos revelado su información de salud de acuerdo con las protecciones descritas en este Aviso de prácticas privadas. Varias divulgaciones de rutina que realizamos no estarán incluidas en esta cuenta, pero la cuenta identificará varias divulgaciones de su información que no son de rutina. Para mayor información, por favor consulte Derecho a una cuenta de divulgación.

**Cómo solicitar protecciones de privacidad adicionales.** Usted tiene derecho a solicitar más restricciones sobre el modo en que utilizamos o compartimos con otros su información de salud. No se nos obliga a acordar con las restricciones que usted solicita, pero, si lo hacemos, estaremos obligados por el acuerdo. Para recibir mayor información, por favor consulte Derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales.

**Cómo solicitar comunicaciones más confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que lo contactemos en un modo que sea más confidencial para usted, como en su casa en vez de en el trabajo. Trataremos de acatar todo pedido razonable. Para mayor información, por favor consulte Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.

**Cómo una persona puede actuar en su nombre.** Usted tiene derecho a nombrar a un representante personal que puede actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información de salud. Los padres tendrán generalmente derecho a controlar la privacidad de la información de salud sobre menores al menos que los menores, por ley, puedan actuar en su nombre. Si se ha citado a un tutor, dicho tutor puede actuar en su nombre, de acuerdo con los poderes otorgados por la corte.

**Cómo conocer sobre las protecciones especiales para VIH, Alcohol y abuso de sustancias, Salud mental e Información genética.** Las protecciones especiales de privacidad se aplican a información relacionada con el VIH, información relacionada con tratamiento por abuso de sustancias y alcohol, salud mental e información genética. Algunas partes de este Aviso de prácticas de privacidad pueden no aplicar a estos tipos de información. Si su tratamiento implica esta información, le proveerán un aviso separado que explica de qué manera se protege su información. Para solicitar copias de otros avisos ahora, por favor comuníquese con el Funcionario de privacidad del hospital al (914) 493-2600.

**Cómo obtener una copia de este aviso.** Usted tiene derecho a tener una copia impresa de este aviso. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento, aun si ha acordado, previamente, a recibir este aviso de manera electrónica. Para hacerlo, por favor llame al Funcionario de privacidad del hospital al (914) 493-2600. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web en [www.wcmc.com](http://www.wcmc.com) o puede solicitar una copia en su próxima visita.

**Cómo obtener una copia de este aviso revisado.** Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad de vez en cuando. Si lo hacemos, revisaremos este aviso para que tenga un resumen preciso de nuestras prácticas. El aviso revisado aplicará a toda su información de salud. Publicaremos cualquier notificación revisada en todo nuestro hospital. También podrá obtener su propia copia de la notificación revisada si accede a nuestro sitio web en [www.wcmc.com](http://www.wcmc.com), o si solicita una en su próxima visita. La fecha de vigencia de este aviso aparecerá siempre en la esquina superior derecha de la primera página. Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso que está actualmente en vigencia.

**Cómo presentar un reclamo.** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar un reclamo a nosotros o ante la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentarnos el reclamo, por favor comuníquese con el Funcionario de privacidad, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Care Center, Valhalla, New York 10595 o llame al Funcionario de privacidad al (914) 493-2600. Nadie tomará represalias o llevará a cabo alguna acción en su contra por presentar un reclamo.

## **QUÉ INFORMACIÓN DE SALUD ESTÁ PROTEGIDA**

WMC tiene un firme compromiso con la protección de la privacidad de la información que obtenemos cuando le proveemos servicios de atención de salud. Algunos ejemplos de información de salud son:

- información que indique que es paciente de WMC o que recibe tratamiento u otro servicio relacionado con la salud en nuestro hospital;
- información sobre su condición de salud (tal como una enfermedad que pueda tener);
- información sobre productos de cuidado de la salud o servicios que haya recibido o pueda recibir en el futuro (tales como una operación); o
- información sobre sus beneficios de atención de la salud bajo un plan de seguro (ya sea si una prescripción tiene cobertura);

cuando se combina con:

- información demográfica (como su nombre, dirección o condición con respecto al seguro);
- números únicos que pueden identificarlo (tales como su número de seguro social, su número de teléfono o su número de licencia de conducir); y
- otro tipo de identificación que pueda identificarlo.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN ESCRITA

Para su información, hemos incluido a continuación una explicación en detalle de cómo WMC puede utilizar y revelar su información de salud sin su autorización escrita.

### 1. Tratamiento, pago y operaciones comerciales

Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros para tratar su condición, obtener pago para ese tratamiento y llevar a cabo operaciones comerciales. En algunos casos, también podemos revelar su información de salud para pago de actividades y ciertas operaciones comerciales de otro proveedor de atención de salud o persona encargada del pago. A continuación ofrecemos algunos ejemplos más de cómo puede utilizarse y revelarse su información con este objetivo.

**Tratamiento.** Podemos compartir su información de salud con médicos o enfermeras en el hospital que se ven involucrados en su atención y ellos, a su vez, pueden utilizar esa información para realizar el diagnóstico o tratamiento. Un médico en nuestro hospital puede compartir su información de salud con otro médico en nuestro hospital o con un médico en otro hospital, para determinar cómo diagnosticar o tratarlo. Su médico puede también compartir su información de salud con otro médico a quien le han derivado para continuar con su atención de salud.

**Pago.** Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros para que podamos recibir pago en concepto de sus servicios de atención de salud. Por ejemplo, podemos compartir información suya con su compañía de seguro de salud para obtener un reembolso luego de que haya recibido tratamiento o para determinar si el tratamiento tendrá cobertura. También podemos necesitar informar a su compañía de seguro de salud sobre su condición física para obtener una pre-aprobación para su tratamiento, tales como admisión al hospital para un tipo particular de cirugía. Finalmente, podemos compartir su información con otros proveedores de atención de la salud y parte responsable del pago para sus actividades de pago.

**Operaciones comerciales.** Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para evaluar el rendimiento de nuestro personal que se ocupa de su cuidado o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar el cuidado que le proveen. Finalmente, podemos compartir su información de salud con otros proveedores de atención de la salud y partes responsables de pago para ciertas operaciones comerciales si la información tiene que ver con una relación que el proveedor o la parte responsable del pago tiene o había tenido previamente con usted, y si la ley federal obliga al proveedor o a la parte responsable del pago a proteger la privacidad de su información de salud.

**Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios.** Durante el tratamiento, podemos utilizar su información de salud para contactarlo a fin de recordarle una cita para recibir tratamiento o servicio de salud en nuestras instalaciones. Además podemos utilizar su información de salud para recomendar posibles alternativas de tratamiento o beneficios relacionados con la salud que le pueden interesar.

**Programa para recaudar fondos.** Para apoyar nuestras operaciones comerciales, podemos utilizar información demográfica sobre usted, incluyendo información sobre su edad y género, lugar donde vive y trabaja y las fechas en que recibió tratamiento, a fin de contactarlo para recaudar fondos para ayudarnos en nuestro funcionamiento. También podemos compartir esa información con una fundación de caridad que lo contactará para recaudar fondos en nuestro nombre.

**Asociados comerciales.** Podemos revelar su información de salud a contratistas, agentes y otros asociados comerciales que necesitan información para ayudarnos a obtener pagos o a llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con una

empresa de facturación que nos ayude a gestionar el pago de su compañía de seguro. Otro ejemplo de que podemos compartir su información de salud con una firma contable o firma legal es cuando éstas nos proveen consultoría profesional sobre cómo mejorar nuestros servicios de atención de la salud y cumplimiento de la ley. Si revelamos su información de salud a un asociado comercial, contaremos con un contrato escrito para asegurarnos de que nuestros asociados comerciales también protejan la privacidad de su información de salud.

## **2. Directorio de servicios/Familiares y amigos**

Podemos utilizar su información de salud en, y revelarla a partir de, nuestro Directorio de servicios o compartirla con familiares y amigos que participan en su cuidado. Siempre le daremos la oportunidad de presentar una objeción al menos que haya poco tiempo debido a una emergencia médica (en cuyo caso analizaremos preferencias con usted tan pronto como terminemos con la emergencia). Cumpliremos con sus deseos al menos que por ley se nos obligue a lo contrario.

**Directorio de servicios.** Si usted no presenta objeciones, incluiremos su nombre, número de habitación y cama, su condición general (por ejemplo, regular, estable, crítica, etc.) en nuestro Directorio de servicios mientras que usted sea paciente en el hospital. Esta información de directorio puede divulgarse a las personas que preguntan por usted por su nombre. Podemos mencionar su creencia religiosa a miembros del clero, tales como un sacerdote o rabino, aun si él o ella no preguntan por usted por nombre.

**Familiares y amigos que participan en su cuidado.** Si usted no presenta objeciones, podemos compartir su información de salud con un familiar o amigo íntimo que participe en su cuidado o que pague por su cuidado. Además podemos notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación y condición general aquí en el hospital o ante el infortunado caso de muerte. En algunos casos, podemos necesitar compartir su información con una organización de ayuda en caso de desastres que nos ayude a notificar a estas personas.

## **3. Necesidad pública**

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

Según lo requiere la ley Podemos utilizar o revelar su información de salud si la ley nos obliga a hacerlo. También lo notificaremos a usted sobre estos usos y divulgaciones si la ley requiere de estos avisos.

**Actividades de salud pública.** Podemos revelar su información de salud a funcionarios autorizados de salud pública (o a una agencia del gobierno exterior que esté colaborando con tales funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con funcionarios del gobierno que son responsables de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Además podemos revelar su información de salud a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que pueda tener riesgo de contraer o extender la enfermedad, si la ley nos permite hacerlo. Y finalmente, podemos compartir su información de salud con su empleador si su empleador nos contrata para que le realicemos un examen físico y descubrimos que tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo sobre la que su empleador debe conocer para cumplir con la ley laboral.

**Victimas de abuso, descuido o violencia doméstica.** Podemos revelar su información de salud a una autoridad de salud pública que esté autorizada a recibir informes de abuso, descuido o violencia doméstica. Por ejemplo, podemos informar a funcionarios del gobierno si creemos, razonablemente, que usted ha sido víctima de tal abuso, descuido o violencia doméstica. Haremos todo esfuerzo posible para obtener su permiso antes de revelar esta información, pero en algunas ocasiones podemos estar obligados o autorizados a actuar sin su permiso.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos revelar su información de salud a agencias del gobierno autorizadas a llevar a cabo auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Estas agencias del gobierno controlan la operación del sistema de salud, programas de beneficios del gobierno tales como Medicare y Medicaid y cumplimiento con programas reguladores del gobierno y leyes de derecho civil.

**Retirada, reparación y control del producto.** Podemos revelar su información de salud a una persona o compañía que esté regulada por la Administración de drogas y alimentos con el objetivo de (1) informar o realizar el seguimiento de productos con defectos o problemas; (2) reparar, reemplazar o retirar productos con defectos o peligrosos; o (3) controlar el rendimiento de un producto luego de que ha sido aprobado para su uso por el público en general.

**Juicios y disputas.** Podemos revelar su información de salud si la corte o tribunal administrativo que maneja un juicio o disputa nos ordena que realicemos tal cosa.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos revelar su información de salud a agentes policiales por las siguientes razones:

- Para cumplir con ordenes de la corte o leyes con las que se nos solicita que cumplamos;
- Para ayudar a agentes policiales con la identificación o localización de sospechosos, fugitivos, testigos o personas perdidas;
- Si usted ha sido víctima de un delito y determinamos que: (1) no hemos podido obtener su acuerdo debido a una emergencia o su incapacidad; (2) los agentes policiales necesitan esta información de manera inmediata para cumplir con sus deberes policiales; y (3) de acuerdo a nuestro juicio profesional, la divulgación de información a estos oficiales es por su bien;
- Si sospechamos que su muerte fue resultado de una conducta delictiva;
- Si es necesario informar un delito que se llevó a cabo en nuestra propiedad; o
- Si es necesario informar un delito que se descubrió durante una emergencia médica fuera del lugar (por ejemplo, por técnicos médicos de emergencia en la escena del delito).

**Para impedir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad.** Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros cuando es necesario impedir una amenaza seria o inminente a su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otra persona o del público. En tales casos, sólo compartiremos su información de salud con alguien que pueda impedir tal amenaza. Además podemos revelar su información de salud a agentes policiales si usted nos informa que participó en un delito violento que puede haber causado serio daño físico a otra persona (a menos que usted admita el hecho cuando se encuentra en terapia), o si determinamos que se escapó de custodia legal (ya sea de la prisión o una institución de salud mental).

**Seguridad nacional y actividades de inteligencia o servicios de protección.** Podemos revelar su información de salud a funcionarios federales autorizados que están llevando a cabo actividades de inteligencia y seguridad nacional u ofreciendo servicios de protección al Presidente u otros importantes funcionarios.

**Militares y veteranos.** Si usted está en las Fuerzas Armadas, podemos revelar su información de salud a autoridades de comando militar que corresponda para actividades que ellos consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar. Además podemos revelar su información de salud sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera que corresponda.

**Internos e instituciones correccionales.** Si usted es un interno o lo detiene un agente policial, podemos revelar su información de salud a los oficiales de la prisión o agentes policiales, si fuese necesario para proveerle atención de salud, seguridad y buen orden en el lugar en donde se encuentre confinado. Esto incluye compartir información que es necesaria para proteger la salud y la seguridad de otros internos o personas que participan en la supervisión o transporte de los internos.

**Compensación del trabajador.** Podemos revelar su información de salud para el programa de compensación del trabajador u otros programas similares que proveen beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo.

**Jueces de instrucción, examinadores médicos y directores de funerales.** En el infortunado caso de su muerte, podemos revelar su información de salud a un juez de instrucción o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. Además podemos revelar esta información a directores de funerales según sea necesario para cumplir con sus deberes.

**Donación de órganos y de tejidos.** En el infortunado caso de su muerte, podemos revelar su información de salud a organizaciones que obtienen o almacenan órganos, ojos u otros tejidos para que estas organizaciones puedan investigar si la donación o el trasplante son posibles según las leyes vigentes.

**Investigación.** En la mayoría de los casos, solicitaremos su autorización escrita antes de utilizar su información de salud o de compartirla con otros para llevar a cabo una investigación. Sin embargo, en algunas circunstancias, podemos utilizar y revelar su información de salud sin su autorización escrita si obtenemos la aprobación a través de un proceso especial para asegurarnos de que la investigación sin su autorización escrita posea el riesgo mínimo a su privacidad. Bajo ninguna circunstancia, sin embargo, permitiremos que los investigadores utilicen su nombre o identidad públicamente. También podemos revelar su información de salud sin su autorización escrita a personas que estén preparando un proyecto futuro de investigación, siempre y cuando ninguna información que lo identifique a usted salga de nuestras instalaciones. En el infortunado caso de su muerte, podemos compartir su información de salud con personas que estén llevando a cabo investigaciones utilizando información de personas fallecidas, siempre y cuando ellos acepten no retirar de nuestras instalaciones información que pueda identificarlo.

#### **4. Información parcialmente o completamente des-identificada**

Podemos utilizar y revelar su información de salud si hemos retirado toda información que tiene el potencial para identificarlo, por ello la información de salud se “des-identifica completamente”. Además podemos utilizar y revelar su información de salud “parcialmente des-identificada” si la persona que recibirá la información firma un acuerdo de proteger la privacidad de la información, según lo requiere la ley federal y estatal. La información de salud parcialmente des-identificada no contendrá información que lo podría identificar directamente (como nombre, domicilio, número de fax, número de seguro social, número de teléfono, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia).

#### **5. Divulgaciones accidentales**

Nosotros tomaremos las medidas necesarias, razonables, para salvaguardar la privacidad de su información de salud, ciertas divulgaciones de su información de salud pueden ocurrir durante, o como resultado inevitable de, nuestros usos o divulgaciones permitidas de su información de salud. Por ejemplo, durante el curso de una sesión de tratamiento, otros pacientes en el área de tratamiento pueden ver o escuchar un análisis de su información de salud.

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

Queremos que usted sepa que tiene los siguientes derechos para acceder y controlar su información de salud. Estos derechos son importantes porque lo ayudarán a asegurarse que la información de salud que nosotros tenemos sobre usted es correcta. Además lo puede ayudar a controlar el modo en que utilizamos y compartimos con otros su información, o el modo en que nos comunicamos con usted sobre cuestiones médicas.

## **1. Derecho a: inspeccionar y obtener una copia de los registros médicos**

Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de toda su información de salud que puede ser utilizada para tomar decisiones acerca de usted y su tratamiento mientras que nosotros mantengamos esta información en nuestros registros. Esto incluye registros de facturación e información médica. Para inspeccionar o recibir una copia de su información de salud, por favor entregue un pedido por escrito a Westchester Medical Center, Corporate Compliance, Executive Offices, Taylor Care Center, Valhalla, New York 10595. Si usted solicita una copia de la información, se le cobrará una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros gastos en los que incurramos para satisfacer su pedido. La tarifa estándar es de \$0.75 por página y debe, por lo general, pagarse antes o en el momento en que le entreguemos las copias.

Responderemos a su pedido de inspección de registros en un plazo de 10 días. Generalmente respondemos a los pedidos de copias dentro de los 30 días si la información se encuentra en nuestras instalaciones y en un plazo de 60 días si se encuentran fuera de nuestras instalaciones. Si necesitamos tiempo extra para responder a los pedidos de copias, le notificaremos por escrito en el plazo de tiempo antes mencionado explicando las razones de la demora y cuándo puede esperar tener una respuesta final a su pedido.

En ciertas pero limitadas circunstancias, podemos negarnos a su pedido de inspección o de que obtenga una copia de su información. Si lo hacemos, le proveeremos un resumen de esa información. También le suministraremos una notificación escrita que explique nuestras razones por las que le proveemos sólo un resumen y una descripción completa de sus derechos para que haga revisar la decisión y sobre cómo puede ejercer esos derechos. La notificación también incluirá información sobre cómo presentar un reclamo sobre estas cuestiones ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tenemos razones para negarle solamente una parte de su pedido, le proveeremos acceso completo a las partes restantes luego de excluir la información que no podemos dejar que usted revise o copie.

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

Si usted cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar enmendar la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando se guarde la información en nuestros registros. Para solicitar una enmienda, por favor escriba al Director de Corporate Compliance, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Care Center, Valhalla, New York 10595. Su pedido deberá incluir las razones por las que usted piensa que deberíamos realizar la enmienda. Generalmente, responderemos a su pedido en un plazo de 60 días. Si necesitamos tiempo extra para responder, lo notificaremos por escrito en un plazo de 60 días para explicar las razones de la demora y cuándo puede esperar recibir la respuesta final a su pedido.

Si negamos parte de su pedido o todo su pedido, le proveeremos un aviso escrito que explique nuestras razones para tomar tal determinación. Usted tendrá derecho a tener cierta información relacionada con su pedido de enmienda incluida en sus registros. Por ejemplo, si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá una oportunidad de entregar una declaración explicando su desacuerdo, la cual será incluida en sus registros. También incluiremos información sobre cómo presentar un reclamo sobre estas cuestiones ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Se explicarán estos procedimientos con más detalle en un aviso de negación escrito que le enviaremos.

### **3. Derecho a una cuenta de divulgaciones**

Después del 14 de abril de 2003, usted tiene el derecho de solicitar una “cuenta de divulgaciones” que identifica ciertas otras personas u organizaciones a las que hayamos revelado su información de salud de acuerdo con la ley vigente y los procedimientos mencionados en este Aviso de prácticas de privacidad. Una cuenta de divulgaciones no describe los modos en que su información de salud ha sido compartida dentro del hospital, siempre y cuando todas las otras protecciones descritas en este Aviso de prácticas de privacidad hayan sido respetadas (tales como la obtención de las aprobaciones correspondientes antes de compartir su información de salud con nuestros médicos para realizar investigaciones).

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

- Divulgaciones que realizamos a usted o a su representante personal;
- Divulgaciones que realizamos según su autorización escrita;
- Divulgaciones que realizamos por tratamiento, pagos u operaciones comerciales;
- Divulgaciones que realizamos desde el directorio de servicios;
- Divulgaciones realizadas a sus amigos y familiares que participan en su cuidado o pago de su atención;
- Divulgaciones que fueron imprevistas para usos permisibles o divulgaciones de su información de salud (por ejemplo cuando otro paciente que pasa por casualidad escucha su información);
- Divulgaciones con el objetivo de realizar investigaciones, salud pública o nuestras operaciones comerciales de porciones limitadas de su información de salud que no lo identifican de manera directa;
- Divulgaciones realizadas a agentes federales por seguridad nacional y actividades de inteligencia;
- Divulgaciones sobre internos a instituciones correccionales o agentes policiales;
- Divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

Para solicitar una cuenta de divulgaciones, por favor escriba al Director Corporate Compliance, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Care Center, Valhalla, New York 10595. Su pedido debe especificar un periodo de tiempo en un plazo dentro de los últimos seis años (pero después del 14 de abril de 2003) para las divulgaciones que desee que incluyamos. Por ejemplo, usted puede solicitar una lista de las divulgaciones que realizamos entre el 1 de enero de 2004 y el 1 de enero de 2005. Usted tiene derecho a recibir una cuenta en el plazo de un período de 12 meses de manera gratuita. Sin embargo, le podemos cobrar por el costo de proveer información de cuenta de divulgación adicional en el mismo periodo de 12 meses. Siempre lo notificaremos de todo costo para que usted pueda elegir retirar o modificar su pedido antes de incurrir en algún costo.

Generalmente responderemos a su pedido de una cuenta de divulgación en un plazo de 60 días. Si necesitamos tiempo extra para preparar la cuenta que usted ha solicitado, le notificaremos por escrito sobre la razón de la demora y la fecha cuando espera recibir la cuenta. En raras ocasiones, es probable que demoremos en proveerle la información sin notificar de la demora porque un agente policial o agencia del gobierno nos lo hayan solicitado así.

### **4. Derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales.**

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos aún más el uso y divulgación de su información de salud para tratar su condición, cobrar por dicho tratamiento o ejecutar las operaciones comerciales. También puede requerir que limitemos cómo divulgamos la información acerca de su familia o amigos que participan de su cuidado. Por ejemplo, puede solicitar que no revelemos información sobre una cirugía que usted haya tenido. Para solicitar restricciones, por favor escriba al Funcionario de privacidad, Westchester Medical Center, Taylor Care Center, Valhalla, New York 10595.

Su pedido de solicitud debe incluir (1) qué información usted quiere limitar; (2) si quiere limitar el modo en que utilizamos la información, cómo la compartimos con otros, o ambas cosas; y (3) a quien quiere que se apliquen los límites.

No estamos obligados a acceder a su pedido de restricción y, en algunos casos, las restricciones que solicita pueden no estar permitidas por ley. Sin embargo, si aceptamos, estaremos obligados por nuestro acuerdo, a menos que se necesite la información para proveerle un tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley. Una vez que hayamos aceptado una restricción, usted tiene derecho a revocar tal restricción en cualquier momento. En otras circunstancias, también nosotros tendremos derecho a revocar la restricción siempre y cuando lo notifiquemos antes de hacerlo, en otros casos, necesitaremos su permiso antes de revocar la restricción.

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

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas en un modo más confidencial al pedirnos que nos comuniquemos utilizando métodos alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, usted nos puede solicitar que lo contactemos en su casa en vez de en su trabajo. Para solicitar comunicaciones más confidenciales, por favor escriba al Funcionario de privacidad, Westchester Medical Center, Taylor Care Center, Valhalla, New York 10595. No le preguntaremos la razón de su pedido y trataremos de responder a todos los pedidos razonables. Por favor especifique en su pedido cómo y dónde quisiera que lo contacten y cómo se gestionará el pago de su atención médica si nos comunicamos con usted a través de este método o lugar alternativo.