

Catholic Health

Aviso de prácticas de privacidad



Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Léalo y revíselo cuidadosamente.

Este Aviso de prácticas de privacidad (Aviso) describe cómo Catholic Health y las entidades y proveedores afiliados a nuestro sistema de atención de la salud (en conjunto, "CH") usarán la información sobre usted y cuándo CH puede compartir su información con otras personas. Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica protegida, o "PHI", que es cualquier información médica que lo identifique (como su nombre, dirección y fecha de nacimiento, y cualquier información creada por sus proveedores de atención médica para operaciones). Le proporcionamos este Aviso para ayudarlo a comprender sus derechos y sus opciones como paciente, nuestros usos y divulgaciones de su PHI, y nuestras responsabilidades como proveedor de atención médica. Debemos cumplir con los términos de este Aviso.

¿Quién seguirá este Aviso?

Este Aviso describe las políticas de privacidad de las entidades de CH (incluidos nuestros hospitales, residencias de ancianos, consultorios médicos, programas de cuidados a domicilio y cuidados paliativos y otras entidades y proveedores afiliados al CH). Esto incluye empleados de CH, estudiantes, voluntarios y socios comerciales, así como proveedores de atención médica independientes no empleados por CH que participan en su atención mientras ejercen en una o más de nuestras instalaciones.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica

- I. Usos y divulgaciones estándar:** CH puede usar y compartir su información médica sin su autorización previa para proporcionarle tratamiento o servicios médicos, para permitirnos facturar y recibir pagos por esos servicios, y para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica diarias.
 - A. Tratamiento:** Podemos usar y compartir su PHI para proporcionarle tratamiento y/u otros servicios. Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, y podemos compartir su PHI con otros proveedores (p. ej., médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y otros centros de atención médica) que participan en su atención.
 - B. Pago:** Podemos usar y compartir su PHI para recibir el pago por los servicios que le hemos proporcionado; por ejemplo, podemos solicitar el pago a su seguro de salud y podemos verificar que su seguro de salud pagará sus servicios de atención médica.
 - C. Operaciones comerciales:** Podemos usar su información médica o compartirla con otras personas para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales; por ejemplo, podemos compartir su información médica con otras personas para evaluar el desempeño del personal que lo atendió o implementar mejoras en la atención que le brindamos.
 - D. Socios comerciales:** Podemos compartir su PHI con nuestros "socios comerciales" o las personas y compañías que hemos contratado para crear, mantener, recibir o transmitir su PHI para realizar determinadas funciones comerciales para nosotros. Por ejemplo, podemos utilizar otra compañía para prestar servicios de facturación en nuestro nombre. Nuestros socios comerciales están obligados por ley a mantener la privacidad y confidencialidad de su PHI.
- II. Usos y divulgaciones que no requieren su consentimiento:** CH también puede compartir su información médica sin su permiso en las siguientes circunstancias:
 - A. Actividades de salud pública:** Podemos divulgar su PHI a funcionarios de salud pública autorizados para las siguientes actividades de salud pública:
 - Informar nacimientos o muertes.
 - Informar reacciones adversas a medicamentos.
 - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
 - Alertar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad infecciosa o que puede estar en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad.
 - Ayudar en el retiro de productos del mercado.
 - Informar a su empleador sobre información para cumplir con las leyes que rigen las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo, o la vigilancia médica en el lugar de trabajo.
 - B. Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** Si creemos razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental autorizada por ley para recibir tales informes.
 - C. Actividades de supervisión de la salud:** Podemos divulgar su PHI a cualquier agencia gubernamental autorizada para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras entidades de CH. Estas agencias monitorean las operaciones de CH para determinar nuestro cumplimiento con las leyes y reglamentaciones aplicables al cuidado de la salud relacionadas con los programas de beneficios del gobierno (como Medicare y Medicaid).

- D. Seguridad pública:** Podemos usar o divulgar su PHI para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para su salud y seguridad, y la seguridad de otras personas y del público en general.
- E. Indemnización por accidentes laborales:** Podemos divulgar su PHI según lo autorizado por las leyes estatales en relación con la indemnización por accidentes laborales o programas gubernamentales similares.
- F. Donación de órganos y tejidos:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones que compran órganos y otros tejidos para almacenamiento y/o trasplante.
- G. Personas fallecidas:** Podemos divulgar la PHI de personas fallecidas a un médico forense, examinador médico o director funerario autorizado por ley para recibir dicha información.
- H. Seguridad nacional:** Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados que llevan a cabo actividades de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional.
- I. Procedimientos legales:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o citación judicial o administrativa.
- J. Fuerzas de seguridad:** Podemos divulgar su PHI a los funcionarios del orden público en las siguientes situaciones:
- Cuando lo exija la ley.
 - A los fines de identificar y localizar a una persona sospechosa, fugitiva, testigo o persona desaparecida.
 - Si se sospecha que usted es víctima de un delito y acepta la divulgación.
 - Informar una muerte sospechosa que sea resultado de una conducta delictiva.
 - Para informar una presunta conducta penal que se produzca en nuestra propiedad.
 - En una situación de emergencia.
- K. Reclusos de la cárcel:** Podemos divulgar la PHI de los reclusos a los centros penitenciarios que los albergan con el fin de proporcionar al recluso asistencia médica, para proteger la salud y la seguridad del recluso o la salud y la seguridad de otros, y/o para la seguridad del centro penitenciario.
- L. Autoridades de comando militar:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar correspondientes.
- M. Prueba de inmunización:** Podemos divulgar la prueba de vacunación de un niño a la escuela del estudiante o del posible estudiante, según lo exija la ley estatal u otra ley, si un padre, tutor u otra persona que actúe in loco parentis, o un menor emancipado, nos autoriza a hacerlo.
- N. Investigación:** Podemos usar o divulgar su PHI para fines de investigación, sujeto a los requisitos de la ley vigente. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial que equilibra las necesidades de investigación con la necesidad de privacidad del paciente. Cuando sea necesario, obtendremos una autorización por escrito de usted antes de usar su información médica para la investigación.
- O. Según lo exija la ley:** Podemos usar o divulgar su PHI cuando se nos requiera hacerlo por cualquier otra ley no mencionada anteriormente.

Nota: A veces, se producen usos y divulgaciones incidentales de la PHI y no se consideran una violación de sus derechos. Los usos y divulgaciones incidentales son subproductos de otros usos o divulgaciones permitidos, que son de naturaleza limitada y no pueden evitarse razonablemente.

III. Usos y divulgaciones que podemos hacer a menos que usted se oponga: En algunas situaciones, es posible que tenga la oportunidad de aceptar u objetar el intercambio de su información. Si bien no se requiere una autorización por escrito en las siguientes circunstancias, podemos compartir su información a menos que usted nos indique lo contrario:

- A. Directorio de pacientes:** Cada una de nuestras instalaciones incluirá su nombre, número de habitación, estado de salud general y afiliación religiosa en su Directorio de pacientes mientras usted sea un paciente hospitalizado. A menos que usted se oponga, podemos compartir su información del directorio de pacientes con cualquier persona que le solicite su nombre (en persona o por teléfono). Si no desea que su información figure en el directorio del hospital, debe notificar al personal del hospital durante el registro.
- B. Divulgación a familiares, amigos o cuidadores:** Podemos compartir su información médica con cualquier familiar, pariente o amigo cercano que pueda estar involucrado en su atención, o que pueda ser responsable de pagar su atención. Siempre le daremos la oportunidad de objetar estas divulgaciones. Si proporcionamos su información a estas personas, solo será información directamente relevante para su participación en su atención. También podemos divulgar su PHI a sus familiares o amigos cercanos en caso de una emergencia o para notificar (o ayudar a notificar) su ubicación, estado general o muerte.

- C. **Recaudación de fondos.** Podemos usar su PHI para respaldar nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar las fechas en las que recibió el tratamiento o el departamento en el que fué atendido para comunicarnos con usted acerca de su participación en actividades de recaudación de fondos. Cualquier comunicación de recaudación de fondos que reciba proporcionará instrucciones sobre cómo optar por no recibir futuras consultas sobre recaudación de fondos.
- D. **Intercambios de información médica:** CH participa en ciertos intercambios electrónicos de información médica (electronic health information exchanges, “HIE”), incluidos “Care Everywhere” y “Healthix” de Epic. Estos HIE generalmente permiten que la PHI del paciente se comparta electrónicamente a través de redes conectadas seguras y permiten que todos los proveedores de atención médica que participan en el HIE tengan acceso electrónico inmediato a su información médica pertinente para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. En la medida en que lo permita la ley, usted puede optar por dar su consentimiento o denegarlo para que su información médica esté disponible a través de Care Everywhere, Healthix de Epic o cualquier otro HIE utilizado por las instalaciones de CH comunicándose con el funcionario de privacidad de CH. Consulte el sitio de Internet de CH (chsli.org) para obtener una lista de los funcionarios de privacidad de CH.
- E. **Asistencia en caso de catástrofe:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de asistencia en caso de catástrofe para que puedan comunicarse con sus familiares o amigos, o coordinar esfuerzos de ayuda ante catástrofes.
- IV. Usos y divulgaciones que requieren su autorización específica por escrito:** Se requiere su consentimiento para determinados usos y divulgaciones de su PHI. En las siguientes circunstancias, podemos divulgar su información solo con su autorización por escrito:
- A. **Venta de la PHI:** No podemos vender su PHI para fines de comercialización u otros fines.
- B. **PHI sensible:** No podemos compartir determinada información médica altamente confidencial. Excepto en circunstancias limitadas, debemos obtener su autorización por escrito para divulgar los siguientes tipos de información:
- Notas de psicoterapia
 - Información relacionada con el tratamiento de salud mental
 - Información relacionada con abuso/tratamiento de drogas y alcohol
 - Estado del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual
 - Información relacionada con pruebas genéticas y otra información relacionada con la genética

Nota: Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida no descritos anteriormente en este Aviso o permitidos por ley se realizarán solo con su autorización por escrito.

Sus derechos de información médica

Cuando se trata de su información médica protegida, usted (o su representante personal que actúa en su nombre) tiene determinados derechos para acceder y controlar su información médica. Esta sección explica sus derechos y cómo ejercerlos.

- A. **Inspección y obtención de copias de sus registros médicos:** Usted tiene derecho a inspeccionar y/o a recibir copias impresas o electrónicas de sus registros médicos y de facturación.
- **Solicitud por escrito:** Debe presentar su solicitud por escrito completando el formulario “Autorización para el uso y la divulgación de la PHI” ubicado en el sitio de Internet de CH (chsli.org).
 - **Envío de la solicitud de registro:** Debe presentar su solicitud por escrito directamente a la entidad de CH específica que lo trató.
 - ◊ **Hospitales, residencias de ancianos, centros de cuidados a domicilio y cuidados paliativos de CH:** Para obtener su registro médico de un hospital, una residencia para ancianos, un centro de cuidados a domicilio o un centro de cuidados paliativos de CH, envíe el formulario “Autorización para el uso y la divulgación de la PHI” al Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management, HIM) de la entidad específica de CH que lo trató. Consulte el sitio de Internet de CH para obtener la información de contacto de cada departamento de HIM (chsli.org).
 - ◊ **Consultorios médicos de CH:** Para obtener su registro médico de un médico de CH, envíe el formulario “Autorización para el uso y la divulgación de la PHI” directamente al médico.
 - **Honorarios:** Podemos cobrarle un cargo basado en los costos razonable por la labor asociada con el acceso a sus registros médicos y de facturación. En virtud de la ley del estado de New York, este cargo no puede superar los \$0,75 por página.
 - **Formulario/Formato:** Si su PHI no se puede producir fácilmente en el formato que solicite, se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar o como un documento en papel.
 - **Tiempo de respuesta:** Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud por escrito.

- **Denegación de acceso:** CH tiene el derecho a denegar el acceso a su PHI. Si su solicitud es denegada, le proporcionaremos una explicación por escrito de los motivos de la denegación.
 - **Autorización de revocación:** Si nos proporciona una autorización por escrito, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento (excepto en la medida en que hayamos recibido su revocación después de que ya hayamos confiado en su autorización por escrito). Para revocar una autorización por escrito, comuníquese con la entidad específica de CH que lo trató (p. ej., el Departamento de HIM de una instalación o el consultorio del médico).
 - **Registros de facturación:** Para obtener una copia impresa o electrónica de sus registros de facturación, envíe su solicitud por escrito al Director de Cuentas de Pacientes, CH Service Center, 245 Old Country Road, Melville, New York 11747.
- B. Solicitar una enmienda a sus registros médicos:** Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a sus registros médicos (según lo conserva CH) si cree que su información es incorrecta o está incompleta.
- Debe presentar su solicitud por escrito a la entidad de CH específica que lo trató (p. ej., al Departamento de HIM de una instalación o al consultorio del médico). Todas las solicitudes deben usar el “Formulario de solicitud de enmienda de registros del paciente”, que se puede encontrar en el sitio de Internet de CH (chsli.org).
 - La solicitud por escrito debe detallar qué parte del registro desea cambiar y los motivos por los que solicita el cambio.
 - CH puede denegar su solicitud si creemos razonablemente que la información establecida en sus registros médicos es precisa y completa, si no creamos la PHI o si se aplican otras circunstancias especiales. CH le notificará por escrito cualquier denegación de su solicitud dentro de los 60 días.
- C. Solicitud de una explicación de las divulgaciones de su información médica:** Usted tiene derecho a solicitar una explicación de determinadas divulgaciones de su PHI por parte de CH.
- El “Informe de divulgaciones” enumerará la cantidad de veces que CH ha divulgado su PHI en los últimos seis (6 años), la persona o la compañía que recibió su PHI y por qué se compartió su PHI. Sin embargo, no se incluirá en esta lista cualquier divulgación de su PHI realizada cuando nuestras instalaciones le estuvieran proporcionando atención o buscando el pago de sus servicios de salud, o cuando usted haya autorizado la divulgación por escrito.
 - Debe presentar una solicitud por escrito a la entidad de CH específica que lo trató (p. ej., al Departamento de HIM de una instalación o al consultorio del médico). Todas las solicitudes escritas deben enviarse con el “Formulario de informe de divulgación”, que puede encontrarse en el sitio de Internet de CH (chsli.org).
 - CH le proporcionará un Informe de divulgaciones gratis cada año, pero le cobrará un cargo razonable y basado en los costos si solicita más de un Informe de divulgaciones dentro de un período de 12 meses.
- D. Solicitud de métodos de comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho a recibir su información médica a través de un medio alternativo razonable (teléfono de casa u oficina) o en una ubicación alternativa (una dirección diferente), y puede revocar cualquier solicitud de este tipo en cualquier momento. CH responderá a todas las solicitudes razonables. Las solicitudes por escrito de métodos de comunicación alternativos deben dirigirse al funcionario de privacidad de la instalación de CH o el consultorio del médico que lo trató. Consulte el sitio de Internet de CH (chsli.org) para obtener una lista de los funcionarios de privacidad de CH.
- E. Solicitud de protecciones de la privacidad adicionales:** Usted tiene derecho a solicitar determinadas restricciones sobre cómo usamos o compartimos su PHI para tratarlo, recopilar pagos de usted (o de su seguro) o realizar nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, puede limitar la manera en que su información se comparte con ciertos familiares y amigos. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.
- Debe enviar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad de la instalación de CH o al consultorio médico que lo trató. Consulte el sitio de Internet de CH (chsli.org) para obtener una lista de los funcionarios de privacidad de CH.
 - Tiene derecho a restringir la divulgación de su información médica a su plan de salud (y no presentar una reclamación al plan de salud por los servicios que le hemos proporcionado) cuando nos envíe una solicitud por escrito y pague el servicio en su totalidad “de su bolsillo” antes o en el momento del servicio. Cumpliremos con su solicitud, a menos que la ley exija la divulgación a su plan de salud.
- F. Notificación después de una violación de información médica protegida no segura:** Usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito de nuestra parte en caso de que se produzca una violación de su PHI no segura. La norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos nos exige proporcionarle una notificación de incumplimiento dentro de los 60 días de su descubrimiento.

Notificación de las prácticas de privacidad de Catholic Health



- G. Obtención de una copia impresa de esta notificación:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de nuestra parte en cualquier momento (incluso si previamente ha estado de acuerdo en aceptar este Aviso electrónicamente). También puede ver u obtener una copia electrónica de este Aviso en nuestro sitio web (chsli.org).
- H. Cambio en este Aviso:** Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso. Si realizamos algún cambio, los cambios se aplicarán a toda su información incluida en nuestros registros. El nuevo aviso estará disponible para usted a pedido, en el consultorio de la entidad de CH donde recibe el tratamiento y en nuestro sitio web (chsli.org).
- I. Cómo alguien puede actuar en su nombre:** Tiene derecho a identificar a un representante personal que pueda actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Por lo general, los padres y tutores tendrán derecho a controlar la privacidad de la información médica de los menores (a menos que la ley permita que los menores actúen en su propio nombre).
- J. Informar una inquietud sobre la privacidad:** CH se toma muy en serio la privacidad y seguridad de su PHI. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, visite el sitio web de CH para obtener la información de contacto del funcionario de privacidad de CH pertinente (chsli.org). También puede llamar a la Línea de Ayuda de Cumplimiento de CH al (866) 272-0004 para presentar una denuncia confidencial o anónima. Cualquier inquietud sobre la privacidad y la seguridad o su PHI informada a la Línea de Ayuda se dirigirá al funcionario de privacidad de la entidad específica de CH que lo trató. Nadie tomará represalias ni tomará medidas en su contra por presentar una queja o informar información a la Línea de Ayuda. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201, llamando al (877) 696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
- K. Entidades afiliadas de CH cubiertas por este Aviso:** Este Aviso se aplica a las siguientes entidades de CH:
 - Advanced Rehabilitation Medicine, PLLC
 - Cardiac EKG Interpretations, PC
 - CHS Physician Partners ACO, LLC
 - CHS Physician Partners IPA, LLC
 - CHS Physician Partners, PC
 - CHS Physician Partners PO, LLC
 - Good Samaritan Hospital Medical Center
 - Good Samaritan Nursing & Rehabilitation Care Center
 - Good Shepherd Hospice
 - Mercy Internal Medicine, PC
 - Hospital Mercy
 - Nursing Sisters Home Care, Inc. d/b/a Catholic Health Home Care
 - Our Lady of Consolation Nursing & Rehabilitative Care Center
 - Samaritan Emergency Medical Services, PC
 - Samaritan Medical Services, PC
 - Samaritan Pediatric Services, PC
 - Southwest Suffolk Medical, PC
 - St. Francis Cardiac Prevention Services, PC
 - St. Catherine of Siena Hospital
 - St. Catherine of Siena Nursing & Rehabilitation Care Center
 - St. Charles Hospital
 - St. Francis Hospital y Heart Center®
 - Suffolk Hearing & Speech Center, Inc.
 - St. Joseph Hospital

Fecha de entrada en vigencia: 3/1/22

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia de este Aviso de prácticas de privacidad y, por lo tanto, se me ha informado cómo la información médica sobre mí puede ser utilizada y divulgada por la instalación y las instalaciones indicadas al final de este Aviso, y cómo puedo obtener acceso a esta información y controlarla.

Firma del paciente o representante personal

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

Fecha/Hora

Descripción de la autoridad del representante personal

Firma del representante de la instalación

Fecha/Hora

