

CATHOLIC HEALTH SERVICES OF LONG ISLAND NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA Y REVÍSELA CON ATENCIÓN.

Esta Notificación de las prácticas de privacidad (Notificación) describe cómo Catholic Health Services of Long Island y las entidades y los proveedores afiliados a nuestro sistema de atención médica (en forma conjunta, “CHS”) usarán la información sobre usted y cuándo CHS puede compartir su información con otros. La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida, o “PHI”, que es toda información de salud que lo identifica (como su nombre, dirección y fecha de nacimiento, así como toda información generada por sus proveedores de atención médica con fines de tratamiento, facturación o pago). Le proporcionamos esta Notificación para ayudarlo a que conozca sus derechos y sus opciones como paciente, nuestros usos y divulgaciones de su PHI, y nuestras responsabilidades como su proveedor de atención médica. Se nos exige cumplir con los términos de esta Notificación.

¿QUIÉNES DEBEN CUMPLIR CON ESTA NOTIFICACIÓN?

Esta Notificación describe las políticas de privacidad de las entidades de CHS (incluidos nuestros hospitales, hogares de ancianos, consultorios médicos, programas de hospicio y atención domiciliaria, y los demás proveedores y entidades afiliados a CHS). Esto incluye empleados, estudiantes, voluntarios y asociados comerciales de CHS, así como proveedores de atención médica independientes que no son empleados de CHS y que están involucrados en su atención al brindar servicios en uno o más de nuestros centros.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

- I. **Usos y divulgaciones estándares:** CHS puede usar y compartir su información de salud sin su autorización previa para brindarle tratamiento o servicios médicos, para permitirnos recibir el pago por dichos servicios y para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica diarias.
 - A. **Tratamiento:** Podemos usar y compartir su PHI para brindarle tratamiento u otros servicios. Podemos contactarlo para brindarle recordatorios de citas o información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, y podemos compartir su PHI con otros proveedores (por ej.: médicos, enfermeros, farmacéuticos y otros centros de atención médica) involucrados en su tratamiento.
 - B. **Pago:** Podemos usar y compartir su PHI para que nos paguen los servicios que le hemos brindado (por ejemplo, podemos solicitar el pago a su compañía de seguro médico y verificar que dicha compañía pagará sus servicios de atención médica).
 - C. **Operaciones comerciales:** Podemos usar su información de salud o compartirla con otros para realizar nuestras operaciones comerciales (por ejemplo, podemos compartir su información de salud con otros para evaluar el desempeño del personal que lo ha atendido o implementar mejoras en la atención que le brindamos).
 - D. **Socios comerciales:** Podemos compartir su PHI con nuestros “socios comerciales” o los individuos y las compañías que hemos contratado para generar, mantener, recibir o transmitir su PHI, a fin de

realizar ciertas funciones comerciales para nosotros. Por ejemplo, podemos recurrir a otra compañía para que realice servicios de facturación en nombre nuestro. La ley exige que nuestros socios comerciales mantengan la privacidad y la confidencialidad de su PHI.

II. Usos y divulgaciones que no requieren su consentimiento: CHS también puede compartir su información de salud 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
 - Evitar o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad
 - Alertar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad infecciosa o que puede estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad
 - Colaborar en retiros de productos del mercado
 - Comunicar información a su empleador para cumplir con las leyes que rigen las enfermedades y lesiones laborales o procesos de vigilancia médica en el lugar de trabajo
- B. **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** Si consideramos razonablemente que es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, debemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental autorizada por ley a recibir dichos informes.
- C. **Actividades de supervisión de salud:** Podemos divulgar su PHI a agencias gubernamentales autorizadas a llevar a cabo auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras entidades de CHS. Estas agencias supervisan las operaciones de CHS para determinar nuestro cumplimiento con las leyes y regulaciones de atención médica aplicables relativas a programas de beneficios gubernamentales (como Medicare y Medicaid).
- D. **Seguridad pública:** Podemos usar o divulgar su PHI para evitar o reducir una amenaza grave e inminente contra su salud y seguridad, y la seguridad de otros y del público en general.
- E. **Compensación para trabajadores:** Podemos divulgar su PHI conforme lo autorizan las leyes estatales relativas a compensación para trabajadores o programas gubernamentales similares.
- F. **Donación de órganos y tejidos:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones dedicadas a la obtención de órganos y otros tejidos para almacenamiento en bancos o trasplantes.
- G. **Personas fallecidas:** Podemos divulgar la PHI de individuos fallecidos a un juez de instrucción, un médico forense o un director de funeraria autorizados por ley a recibir dicha información.
- H. **Seguridad nacional:** Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados que estén realizando actividades de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional.
- I. **Procesos legales:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o una citación en un proceso judicial o administrativo.
- J. **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su PHI a funcionarios responsables del cumplimiento de la ley en las siguientes situaciones:
- Cuando lo requiera la ley.
 - A los fines de identificar y localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo o una persona

desaparecida.

- Si se sospecha que usted es víctima de un delito.
- Para informar una muerte sospechosa como consecuencia de una conducta delictiva.
- Para informar la sospecha de una conducta delictiva en nuestras instalaciones.
- En una situación de emergencia.

K. **Presos**: Podemos divulgar la PHI de presos a los centros correccionales donde están alojados a los fines de brindar a los presos atención médica, para proteger la salud y la seguridad de dichos presos, la salud y la seguridad de otras personas, o la seguridad y la protección del centro correccional.

L. **Autoridades de comando militar**: Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI tal como lo exijan las autoridades de comando militar correspondientes.

M. **Prueba de vacunación**: Podemos divulgar a una escuela una prueba de vacunación de un niño que es estudiante o posible estudiante en dicha escuela, según lo requerido por el estado u otra ley, si sus padres, tutor u otra persona que sustituya a los padres, o un menor emancipado nos autorizan a hacerlo.

N. **Investigación**: Podemos usar o divulgar su PHI con fines de investigación, sujeto a los requisitos de la ley vigente. Todos los proyectos de investigación deben someterse a un proceso de aprobación especial que busca un equilibrio entre las necesidades de investigación y la necesidad de privacidad del paciente. Cuando se requiera, obtendremos una autorización por escrito de su parte antes de usar su información de salud para investigación.

O. **Como lo requiera la ley**: Podemos usar o divulgar su PHI cuando así lo requiera cualquier otra ley a la que no se haya hecho referencia anteriormente.

Nota: Los usos y las divulgaciones incidentales de PHI en ocasiones suceden y no se consideran una violación de sus derechos. Los usos y las divulgaciones incidentales son consecuencia directa de otros usos o divulgaciones permitidos que son de naturaleza limitada y no se pueden prevenir de manera razonable.

III. **Usos y divulgaciones que podemos hacer a menos que usted se oponga**: En algunas situaciones, puede tener la oportunidad de aceptar u oponerse a que se comparta su información. Si bien no se necesita 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 uno de nuestros centros incluirá su nombre, número de habitación, estado de salud general y afiliación religiosa en su directorio de pacientes mientras permanece hospitalizado. A menos que se oponga, podemos compartir su información del directorio de pacientes con toda persona que pregunte por usted por su nombre (ya sea 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 de salud con cualquiera de sus familiares, parientes o amigos cercanos que puedan estar involucrados en su atención o que puedan ser responsables del pago de su atención. Siempre le daremos la oportunidad de objetar tales divulgaciones. Si le entregamos su información a estos individuos, solo será información directamente relevante para la participación de ellos en su atención. También podemos divulgar su PHI a familiares o amigos cercanos en el caso de una emergencia o para notificarles (o ayudar a notificarles) su ubicación, su estado general o su muerte.

- C. **Recaudación de fondos**: Podemos usar su PHI para respaldar nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar las fechas en las que recibió tratamiento o el departamento en el que fue atendido para comunicarnos con usted, a fin de que participe en actividades de recaudación de fondos. En toda comunicación sobre recaudación de fondos que usted reciba se le brindarán instrucciones sobre cómo dejar de recibir futuras solicitudes de participación en estas actividades.
- D. **Intercambios de información de salud**: CHS participa en determinados intercambios de información de salud (“HIE”) electrónicos, incluidos “Care Everywhere” de Epic y “Healthix”. Estos HIE generalmente permiten que se comparta la PHI de los pacientes de manera electrónica a través de redes conectadas protegidas y que todos los proveedores de atención médica que participan en el HIE tengan acceso electrónico inmediato a su información médica pertinente con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. En la medida que lo permita la ley, puede cancelar o denegar el consentimiento para que su información de salud quede disponible mediante Care Everywhere de Epic, Healthix o cualquier otro HIE utilizado por los centros de CHS; para eso, debe comunicarse con el funcionario de privacidad de CHS. Consulte el sitio de Internet de CHS (www.chsli.org) para acceder a una lista de los funcionarios de privacidad de CHS.
- E. **Ayuda en caso de catástrofes**: Podemos divulgar su PHI a organizaciones de ayuda en caso de catástrofes para que puedan comunicarse con familiares o amigos suyos, o para coordinar tareas de ayuda en caso de 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 *únicamente si tenemos* su autorización por escrito:

- A. **Marketing**: No podemos vender su PHI con fines de marketing.
- B. **Venta de PHI**: No podemos vender su PHI.
- C. **PHI sensible**: No podemos compartir determinada información de salud altamente confidencial. Excepto en circunstancias limitadas, debemos obtener su autorización por escrito para entregar los siguientes tipos de información:
- Notas de psicoterapia
 - Información relacionada con un tratamiento de salud mental
 - Información relacionada con abuso de drogas y alcohol o tratamiento por ello
 - Estado de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual
 - Información que involucre pruebas genéticas y otra información relacionada con la genética.

Nota: Otros usos y divulgaciones sobre su información de salud protegida no descritos anteriormente en esta Notificación o permitidos por la ley únicamente se harán con su autorización por escrito.

DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD

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

- A. **Inspección y obtención de copias de sus registros médicos**: Usted tiene el derecho de inspeccionar o 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 de uso y divulgación de PHI” que se encuentra en el sitio de Internet de CHS (www.chsli.org).
 - Envío de la solicitud de registros: Debe presentar su solicitud por escrito directamente a la entidad de CHS específica en la que recibió tratamiento.
 - ❖ Hospitales de CHS, hogares de ancianos, atención domiciliaria, hospicio y Maryhaven: Para obtener su registro médico de un hospital de CHS, hogar de ancianos, atención domiciliaria o servicio de hospicio, o cualquier programa de Maryhaven, presente el formulario “Autorización de uso y divulgación de PHI” al Departamento de Administración de Información de Salud (HIM) de la entidad de CHS específica en la que recibió tratamiento. Consulte el sitio de Internet de CHS para obtener la información de contacto de cada Departamento de HIM (www.chsli.org).
 - ❖ Consultorios médicos de CHS: Para obtener su registro médico de un consultorio médico de CHS, presente el formulario “Autorización de uso y divulgación de PHI” directamente en el consultorio médico.
 - Tarifas: Podemos cobrarle una tarifa razonable en función de los costos por el trabajo asociado a brindarle acceso a sus registros médicos y de facturación. Según la ley del estado de Nueva York, esta tarifa no puede superar los \$0.75 por página.
 - Forma/Formato: Si su PHI no se puede producir fácilmente en el formato que solicita, se le entregará con nuestro formato electrónico estándar o como un documento impreso.
 - Tiempo de respuesta: Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, normalmente dentro de los 30 días de su solicitud por escrito.
 - Denegación de acceso: CHS tiene el derecho de denegar el acceso a su PHI. Si su solicitud es denegada, le brindaremos una explicación por escrito en forma oportuna que indique los motivos de la denegación.
 - Revocación de autorización: Si nos brinda una autorización por escrito, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento (excepto que recibamos la revocación después de haber utilizado su autorización por escrito). Para revocar una autorización por escrito, comuníquese con la entidad de CHS específica en la que recibió tratamiento (*por ej.*, el Departamento de HIM de un centro o el consultorio médico).
 - Información de facturación: Para obtener una copia impresa o electrónica de su información de facturación, envíe su solicitud por escrito al Director de Cuentas de Pacientes a: Director of Patient Accounts, CHS Service Center, 245 Old Country Road, Melville, New York 11747.
- B. Solicitud de una enmienda de su registro médico**: Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de su registro médico (como lo conserva CHS) si considera que su información es incorrecta o está incompleta.
- Debe enviar su solicitud por escrito a la entidad de CHS específica en la que recibió tratamiento (por ej., el Departamento de HIM de un centro o el consultorio médico). Todas las solicitudes deben usar el “Formulario de solicitud de pacientes para enmienda de registros” que puede encontrar en el sitio de Internet de CHS (www.chsli.org).

- La solicitud por escrito debería detallar qué parte del registro desea modificar y los motivos por los que solicita dicha modificación.
 - CHS puede denegar su solicitud si consideramos de manera razonable que la información es precisa y está completa, si no generamos la PHI o si se aplican otras circunstancias especiales. CHS le notificará por escrito la denegación de su solicitud en un plazo de 60 días.
- C. **Solicitud de informe de divulgaciones de su información de salud:** Usted tiene el derecho de solicitar un informe de determinadas divulgaciones de su PHI por parte de CHS.
- El “informe de divulgaciones” enumerará la cantidad de veces que CHS divulgó su PHI en los últimos seis (6) años, la persona o la compañía que recibió su PHI y el motivo por el que se compartió su PHI. Sin embargo, toda divulgación de su PHI realizada cuando nuestros centros le brindaban atención o buscaban el pago de sus servicios de salud, o cuando usted autorizó la divulgación por escrito, no se incluirá en esta lista.
 - Debe enviar una solicitud por escrito a la entidad de CHS específica en la que recibió tratamiento (por ej., el Departamento de HIM de un centro o el consultorio médico). Todas las solicitudes por escrito deben enviarse con el “Formulario de informe de divulgaciones” que puede encontrar en el sitio de Internet de CHS (www.chsli.org).
 - CHS le brindará un informe de divulgaciones sin cargo por año, pero le cobrará una tarifa razonable en función de los costos si solicita más de un informe de divulgaciones durante un período de 12 meses.
- D. **Solicitud de métodos de comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho de recibir su información de salud a través de un medio alternativo razonable (teléfono del hogar o del trabajo) o bien en una ubicación alternativa (una dirección diferente), y puede revocar dicha solicitud en cualquier momento. CHS intentará cumplir con todas las solicitudes razonables. Las solicitudes por escrito de métodos de comunicación alternativos deben enviarse al funcionario de privacidad del centro de CHS o al consultorio médico en el cual recibió tratamiento. Consulte el sitio de Internet de CHS (www.chsli.org) para acceder a una lista de los funcionarios de privacidad de CHS.
- E. **Solicitud de protección adicional de la privacidad:** Usted tiene el derecho de solicitar determinadas restricciones respecto de cómo usamos o compartimos su PHI para brindarle tratamiento, obtener el pago de su parte (o de su compañía de seguro) o llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, puede limitar cómo se comparte su información con determinados familiares y amigos. No se nos exige aceptar su solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud salvo que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.
- Debe enviar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad del centro de CHS o al consultorio médico en el cual recibió tratamiento. Consulte el sitio de Internet de CHS (www.chsli.org) para acceder a una lista de los funcionarios de privacidad de CHS.
 - Usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su información médica a su plan de salud (y que no se presente un reclamo al plan de salud por servicios que le hemos prestado a usted) al enviarnos una solicitud por escrito y pagar el servicio en su totalidad de su bolsillo antes o al momento del servicio. Cumpliremos con su solicitud a menos que la divulgación a su plan de salud esté exigida por ley.

- F. **Notificación luego de un incumplimiento de información de salud protegida no asegurada:** Usted tiene el derecho de recibir una notificación por escrito de nuestra parte en el caso de que exista un incumplimiento de su PHI no asegurada. La norma de privacidad de la HIPAA nos exige brindarle una notificación sobre un incumplimiento en un plazo de 60 días del descubrimiento.
- G. **Obtención de una copia impresa de esta Notificación:** Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de esta Notificación de nuestra parte en cualquier momento (incluso si antes acordó aceptar esta Notificación por vía electrónica). También puede ver u obtener una copia electrónica de esta Notificación en nuestro sitio de Intranet (www.chsli.org).
- H. **Cambios en esta Notificación:** Nos reservamos el derecho de modificar los términos de esta Notificación. De realizarse, tales cambios se aplicarán a toda su información en nuestros registros. La nueva notificación estará disponible para usted, a pedido, en el consultorio de la entidad de CHS donde recibe tratamiento y en nuestro sitio web (www.chsli.org).
- I. **Cómo alguien puede actuar en su nombre:** Usted tiene el derecho de identificar a un representante personal que pueda actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información de salud. Por lo general, los padres y los tutores tendrán el derecho de controlar la privacidad de la información de salud sobre los menores de edad (salvo que la ley permita a los menores actuar en su propio nombre).
- J. **Comunicación de una inquietud respecto de la privacidad:** CHS toma con mucha seriedad la privacidad y la seguridad de su PHI. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, visite el sitio de Internet de CHS para obtener la información de contacto del funcionario de privacidad de CHS (www.chsli.org). También puede llamar a la Línea de ayuda de cumplimiento de CHS al (866) 272-0004 para hacer una denuncia confidencial o anónima. Toda inquietud sobre la privacidad o seguridad de su PHI que se comunique a través de la Línea de ayuda se enviará al funcionario de privacidad de la entidad de CHS específica en la que recibió tratamiento. *Nadie tomará represalias ni medidas en su contra por presentar una queja o hacer una denuncia a través de la Línea de ayuda.* Y También puede presentar una queja a 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 a CHS cubiertas por esta Notificación:**

Esta Notificación se aplica a las siguientes entidades de CHS:

Advanced Rehabilitation Medicine, PLLC
Breast Cancer Help, Inc.
Cardiac EKG Interpretations, PC
CHS Physician Partners IPA, LLC
CHS Physician Partners, PC
Good Samaritan Hospital Medical Center
Good Samaritan Nursing Home
Good Shepherd Hospice
Maryhaven Center of Hope
Mercy Internal Medicine, PC
Mercy Medical Center
Nursing Sisters Home Care, Inc. d/b/a Catholic Home Care
Our Lady of Consolation Nursing and 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 Medical Center
St. Catherine of Siena Nursing and Rehabilitation Care Center
St. Charles Hospital
St. Francis Cardiovascular Physicians, PC
St. Francis Hospital – The Heart Center®
Suffolk Hearing & Speech Center, Inc.
WSNCHS North, Inc. d/b/a St. Joseph Hospital

¹ Indica un centro que es un departamento de Good Samaritan Hospital Medical Center

Fecha de entrada en vigencia: 1 de agosto de 2019