

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 12 de julio de 2017

Actualización: 1 de mayo de 2024

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

El respeto a la privacidad de nuestros pacientes es muy valorado en HSS West Side ASC ("HSS ASC"). No solo se trata de lo que esperan nuestros pacientes, sino que es la forma correcta de brindar atención médica. De acuerdo con la ley, protegeremos la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad y le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso que describe las prácticas de privacidad de la información médica del HSS ASC, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados cuando, presten servicios de atención médica para el HSS ASC. Nuestro Aviso se publicará en un lugar destacado. También podrá obtener su propia copia de nuestro Aviso si accede a nuestro sitio web en <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp>, llama al HSS ASC al (646) 495-3300 o solicita una en el momento de su próxima visita.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso o desea más información, comuníquese con el funcionario de privacidad de HSS ASC al (646) 495-3300.

¿QUIÉN SEGUIRÁ LAS PRÁCTICAS DE ESTE AVISO?

HSS West Side ASC ("HSS ASC") brinda atención médica a los pacientes junto con médicos y otros profesionales y organizaciones de atención médica. Las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso serán observadas por:

- Todo profesional de la salud que le brinde servicios directos para tratar HSS ASC; y
- Todos los empleados, personal médico, aprendices, estudiantes y voluntarios del HSS ASC que presten servicios directos al HSS ASC.

Las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso no se aplican si se le está prestando atención en los consultorios privados del personal médico de HSS ASC o de otros profesionales de la salud. Por ejemplo, si un médico presta servicios quirúrgicos en HSS ASC, se aplicarán las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. Si le atiende el mismo médico para una cita de seguimiento en su consultorio privado, no se tendrán en cuenta las prácticas de privacidad de este Aviso. El médico deberá facilitarle un Aviso distinto en el que se expliquen las prácticas de privacidad que se aplicarán en su consultorio privado. Además, las prácticas de privacidad descritas en este aviso no se aplican a los miembros del personal médico de HSS ASC o cualquier otro miembro de nuestra fuerza laboral cuando le atienden en otros hospitales o instalaciones.

PERMISOS DESCRITOS EN ESTE AVISO

En el presente Aviso se explican los distintos tipos de permiso que le pediremos antes de utilizar o divulgar su información médica para ciertos fines. Los dos tipos de permisos a los que se refiere este Aviso son:

- La "oportunidad de presentar objeciones", que le daremos antes de que podamos hacer uso o divulgar su información médica para ciertos fines. En estos casos, tendrá la oportunidad de negarse a que se utilice o divulgue su información médica en persona, por teléfono o por escrito.
- Una "autorización por escrito" en la que le facilitaremos información detallada sobre quién puede recibir su información médica para ciertos fines específicos. Solo se nos permitirá utilizar y divulgar la información sobre su salud descrita en la autorización escrita de las formas que se explican en el formulario de autorización escrita que usted ha firmado. La autorización escrita tendrá una fecha o evento de vencimiento.

QUÉ INFORMACIÓN MÉDICA GOZA DE PROTECCIÓN

Nos comprometemos a proteger la privacidad de la información que recopilamos sobre usted mientras le prestamos servicios médicos. Algunos ejemplos de información médica protegida son:

- información que indique que usted es paciente de HSS ASC o que recibe tratamiento u otros servicios médicos de HSS ASC;
- 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 prestaciones médicas con arreglo a un plan de seguro (como por ejemplo, si una receta tiene cobertura);

si se combina con:

- información demográfica (como su nombre, dirección o estado de seguro);
- números únicos que puedan identificarle (como su número de Seguridad Social, su número de teléfono o el número de su licencia de conducir); u
- otros tipos de información que puedan identificarle.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

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

Excepciones al requisito de autorización por escrito. Existen algunas situaciones en las que no necesitaremos su autorización por escrito antes de utilizar su información médica o compartirla con otros. Algunas pueden ser:

1. Tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Podemos utilizar su información médica o compartirla con terceros para tratar su enfermedad, obtener el pago de dicho tratamiento y realizar nuestras operaciones de atención médica. En algunos casos, también podemos divulgar su información médica para actividades de pago y ciertas operaciones de atención médica por parte de otro proveedor de atención médica o pagador.

Tratamiento. Podemos compartir su información sanitaria con médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios del HSS ASC que participen en su atención, y ellos a su vez pueden utilizar esa información para diagnosticarlo o tratarlo. Un médico del HSS ASC puede compartir su información médica con otro médico del HSS ASC o con un médico de otro hospital para determinar cómo diagnosticarlo o brindarle tratamiento. Su médico también puede compartir su información sanitaria con otro médico al que se le haya derivado para recibir atención sanitaria adicional.

Pagos . Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros para poder obtener el pago de sus servicios médicos. Por ejemplo, podemos compartir información suya con su aseguradora para obtener el reembolso una vez que se le haya tratado, o para determinar si cubrirá su tratamiento. Asimismo, es posible que tengamos que informar a su aseguradora sobre su estado de salud para obtener la aprobación previa de su tratamiento. Por último, podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica y pagadores para sus actividades de pago.

Operaciones de atención médica. Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros para realizar nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos hacer uso de su información médica para evaluar el rendimiento de nuestro personal al atenderle, o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que prestan. Por último, podemos compartir su información sanitaria con otros proveedores de atención médica y encargados de pagos para algunas de sus operaciones de atención médica si la información tiene que ver con una relación que el proveedor o el encargado de pagos tenga o haya tenido previamente con usted, y si el proveedor o encargado de pagos está obligado por la legislación federal a proteger la privacidad de su información médica.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento o distribución de prestaciones y servicios en materia de salud. En el transcurso de la administración de un tratamiento, podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios en nuestras instalaciones. Asimismo, podemos usar sus datos médicos para recomendarle posibles alternativas de tratamiento o prestaciones y servicios relativos a la salud que puedan ser de su interés. Sin embargo, en la medida en que un tercero nos ofrezca una remuneración económica para que le enviemos este tipo de mensajes relacionados con el tratamiento o las actividades de atención médica, obtendremos su autorización por adelantado, como lo haríamos con cualquier otro mensaje de marketing (tal y como se describe más adelante en este Aviso).

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

2. Directorio de pacientes, familiares y amigos

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

Directorio de pacientes. Si usted no presenta objeciones, incluiremos su nombre, su ubicación en nuestras instalaciones, su estado general (por ejemplo, regular, estable, crítico, etc.) y su afiliación religiosa en nuestro Directorio de pacientes mientras sea paciente del HSS ASC. Esta información del directorio, a excepción de su afiliación religiosa, puede darse a conocer a personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa puede facilitarse a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino, aunque este no pregunte por usted por su nombre.

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

3. Emergencias o necesidad pública

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

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

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

Actividades de salud pública. Podemos revelar su información médica a funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia gubernamental extranjera que colabore con dichos funcionarios) para que puedan desempeñar sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con funcionarios gubernamentales responsables del control de enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información médica a una persona que pueda haberse visto expuesta a una enfermedad contagiosa o que corra el riesgo de contraer o propagar la enfermedad si la ley así lo exige o nos lo permite. Y, por último, podemos revelar parte de su información médica a su empleador si este nos contrata para realizarle un examen físico y nos enteramos que sufre una lesión o enfermedad laboral que su empleador debe conocer para cumplir con las leyes en materia de empleo.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Podemos divulgar su información médica a una autoridad de salud pública que esté autorizada a recibir informes sobre abusos, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, podemos dar a conocer su información a funcionarios del gobierno si consideramos de manera razonable que usted ha sido víctima de dicho abuso, negligencia o violencia doméstica. Nos esforzaremos por obtener su permiso antes de divulgar esta información, pero en algunos casos, podemos vernos obligados o autorizados a actuar sin su permiso.

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

Supervisión, reparación y retirada de productos. Podemos revelar su información médica a una persona o empresa regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos con el fin de: (1) informar o realizar un seguimiento de la existencia de deficiencias o problemas en los productos; (2) reparar, sustituir o retirar productos defectuosos o peligrosos; o (3) supervisar el funcionamiento de un producto después de que haya sido aprobado para su uso por el público en general.

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

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

- Para cumplir órdenes judiciales o leyes que estemos obligados a acatar;
- Para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
- Si usted ha sido víctima de un delito y determinamos que (1) no hemos podido obtener su consentimiento a causa de una emergencia o de su incapacidad; (2) los funcionarios encargados de aplicar la ley necesitan esta información sin demora para llevar a cabo sus funciones policiales; y (3) según nuestro criterio profesional, la divulgación a estos funcionarios responde a sus intereses.
- Si sospechamos que su muerte fue consecuencia de una conducta delictiva;
- Si es necesario para informar de un delito ocurrido en nuestra propiedad; o
- Si es necesario para informar de un delito que se descubre durante una emergencia médica fuera de nuestras instalaciones (por ejemplo, por técnicos de emergencias médicas en la escena de un crimen).

Para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. Podemos hacer uso de su información médica o compartirla con otros cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otra persona o del público. En tales casos, solo compartiremos su información con alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. También podemos revelar su información médica a los agentes de la ley si nos informa de que ha participado en un delito violento que puede haber causado daños físicos graves a otra persona (a menos que haya admitido ese hecho durante el asesoramiento), o si determinamos que se ha fugado de una custodia legal (como una prisión o una institución de salud mental).

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

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

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

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

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

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

Investigación. En la mayoría de los casos, le pediremos una autorización por escrito antes de usar su información médica o compartirla para llevar a cabo alguna investigación. Sin embargo, en algunas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito si obtenemos la aprobación a través de un proceso especial para garantizar que la investigación sin su autorización por escrito suponga un riesgo mínimo para su privacidad. En cualquier caso, bajo ninguna circunstancia permitiremos que los investigadores utilicen su nombre o identidad para fines públicos. Asimismo, podemos divulgar su información médica sin su autorización por escrito a personas que preparen un futuro proyecto de investigación, siempre y cuando la información que le identifique no salga de nuestras instalaciones. En el lamentable caso de que usted fallezca, podemos compartir sus datos médicos con personas que estén llevando a cabo investigaciones con datos de personas fallecidas, siempre que se comprometan a no retirar de nuestro centro ningún dato que le identifique. Como se describe más adelante en la sección titulada "Información total o parcialmente anonimizada", nosotros o nuestros socios comerciales podemos crear, utilizar o divulgar datos limitados de su información personal parcialmente anonimizada para fines de investigación sin su autorización.

Recaudación de fondos. La recaudación de fondos es un comunicado de HSS ASC o uno de sus asociados comerciales, o por la organización de apoyo afiliada de HSS ASC, The Hospital for Special Surgery Fund, Inc. (el "Fondo"), con el propósito de recaudar fondos para promover las misiones de HSS ASC y sus afiliados de atención al paciente, investigación y educación, lo que incluye pedidos de dinero o patrocinio de eventos. Es posible que utilicemos cierta información que tenemos sobre usted para recaudar fondos, incluyendo la información demográfica (como su edad, fecha de nacimiento y sexo, y el lugar donde vive o trabaja), la situación de su seguro, las fechas en las que ha recibido nuestros servicios, e información sobre el departamento de ASC de HSS en el que ha recibido los servicios, la identidad de su(s) médico(s) tratante(s) y el resultado de su tratamiento. También podemos compartir esta información con el Fondo u otras fundaciones benéficas que se pondrán en contacto con usted para recaudar fondos en nombre de HSS ASC y sus afiliados. No obstante, tiene derecho a excluirse de futuras comunicaciones de recaudación de fondos y puede hacerlos siguiendo las instrucciones de exclusión que se faciliten como parte de la comunicación de recaudación de fondos.

4. Información parcial o totalmente anónima

Nosotros o nuestros socios comerciales podemos utilizar y divulgar su información médica si hemos eliminado cualquier información que pueda identificarle, de modo que la información médica sea "completamente anónima". Dicha información anónima ya no estará sujeta a los términos de este Aviso. Nosotros y nuestros socios comerciales también podemos utilizar y divulgar información sanitaria "parcialmente anónima", conocida como "conjunto de datos limitados", sobre usted con fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica si la persona que recibirá el conjunto de datos limitados firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información tal y como exigen las leyes federales y estatales. Los conjuntos de datos limitados *no* contendrán información alguna que pueda identificarle directamente (como su nombre, dirección postal, número de Seguridad Social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia).

5. Divulgaciones accidentales

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

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

Como se ha establecido arriba, HSS ASC por ninguna razón puede usar ni difundir su información médica ni lo hará sin su autorización por escrito, excepto aquellas descritas en este aviso. Por ejemplo, exigimos su autorización por escrito para la mayoría de los usos o divulgaciones de su información médica con fines de marketing, para la venta de información médica o con respecto a las notas de psicoterapia (si corresponde). Además, puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona u organización si completa un formulario de autorización.

Si nos proporciona una autorización por escrito, podrá revocarla o cancelarla en cualquier momento, salvo en la medida en que ya nos hayamos basado en ella. Al revocar la autorización, dejaremos de utilizar o divulgar sus datos sanitarios por los motivos que contempla su autorización escrita. Su revocación no afectará a los usos o divulgaciones que ya hayamos realizado antes de la fecha en que recibamos el aviso de la revocación. Para rechazar una autorización escrita, escriba a HSS West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, Nueva York, NY 10019.

SUS DERECHOS DE ACCESO Y CONTROL DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

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

1. Derecho a inspeccionar y copiar registros

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

Cómo hacer su solicitud: si desea inspeccionar u obtener una copia de su información médica, presente su solicitud por escrito en HSS West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, Nueva York, NY 10019. La solicitud para inspeccionar u obtener una copia de su información médica debe incluir: (1) la forma o el formato de acceso deseado; (2) una descripción de la información médica a la que se aplica la solicitud; y (3) la información de contacto adecuada.

Costo: En caso de que solicite una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los gastos de copia, envío por correo u otros suministros que utilicemos para satisfacer su solicitud. La tarifa estándar es de \$0.75 por página, y por lo general, debe abonarse antes o en el momento en que le entregamos las copias.

Forma y formato: En el caso de que la información que solicite esté almacenada por medios electrónicos, le entregaremos la información en la forma y formato que solicite, si la información se puede obtener con facilidad en ese formato, o en caso contrario, llegaremos a un acuerdo con usted en cuanto a un formato electrónico legible alternativo.

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

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

2. Derecho a modificar los registros

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

Cómo realizar su solicitud: Si desea solicitar una modificación, escriba una carta dirigida a HSS West Side ASC, Privacy Officer, 610 West 58th Street, Nueva York, NY 10019. Una solicitud para enmendar su información médica debe incluir una descripción de la enmienda solicitada y debe incluir las razones por las que usted piensa que debemos hacer la enmienda.

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

Si se rechaza su solicitud: Es posible que se deniegue su solicitud de modificación si solicita una modificación de la información médica que consideremos que: (1) no fue creada por HSS ASC, a menos que el autor de la información médica ya no esté disponible para realizar la modificación; (2) no forma parte de los registros de HSS ASC; (3) no es información médica que se le permitiría inspeccionar o copiar; o (4) es precisa y completa.

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

3. Derecho a recibir un informe sobre las divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" que identifique a otras personas u organizaciones a las que hayamos divulgado su información médica en los seis años anteriores, de conformidad con la legislación vigente y las protecciones establecidas en este Aviso. Un recuento de divulgaciones no describe las formas en que se ha compartido su información médica en el seno de HSS WASC, siempre y cuando se hayan seguido todas las demás protecciones descritas en el presente Aviso (como la obtención de las aprobaciones necesarias antes de compartir su información médica con nuestros médicos con fines de investigación).

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

- Divulgaciones que le hayamos hecho a usted o a su representante personal;
- Divulgaciones que hayamos realizado en virtud de su autorización por escrito;
- Divulgaciones que hayamos realizado para tratamientos, pagos u operaciones de asistencia médica;
- Divulgaciones realizadas a partir del directorio de pacientes;
- Divulgaciones realizadas a sus amigos y familiares involucrados en su atención o en el pago de la misma;
- Divulgaciones accidentales a usos y divulgaciones permitidos de su información médica (por ejemplo, cuando otro paciente que estaba de paso escucha la información);

- Divulgaciones con fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones de atención médica de partes limitadas de su información médica que no le identifican a usted directamente;
- Divulgaciones hechas a funcionarios federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia; y
- Divulgaciones sobre reclusos a instituciones penitenciarias o a funcionarios encargados de aplicar la ley.

Cómo realizar su solicitud: Si desea solicitar un recuento de las divulgaciones, escriba a HSS West Side, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, Nueva York, NY 10019. Su solicitud debe indicar un período de tiempo en los últimos seis años para las divulgaciones que desea que incluyamos. Tiene derecho a recibir un recuento gratis cada 12 meses. Sin embargo, podemos cobrarle el costo de entregarle recuentos adicionales en ese mismo período de 12 meses. Siempre le avisaremos de cualquier gasto que ello suponga para que pueda elegir retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en ningún gasto. El alcance de su derecho a solicitar una rendición de cuentas puede modificarse de vez en cuando para cumplir con los cambios en la legislación federal o estatal.

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

4. Derecho a solicitar protecciones adicionales de privacidad, incluida la restricción de divulgaciones a planes de salud

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos aún más la forma en que utilizamos y divulgamos su información médica para tratar su enfermedad, cobrar el pago de dicho tratamiento o llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. También puede solicitar que limitemos la forma en que revelamos información sobre usted a familiares o amigos que participen en su atención. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información sobre una intervención quirúrgica a la que se haya sometido. Además, tiene derecho a restringir ciertas divulgaciones de información médica protegida a un plan de salud en el que usted pague, u otra persona en su nombre pague, de su bolsillo la totalidad del artículo o servicio médico.

Cómo realizar la solicitud: Para solicitar restricciones, escriba a HSS West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, Nueva York, NY 10019. Su solicitud debe incluir (1) la información que desea limitar; (2) si desea limitar la forma en que usamos la información, el modo en que la compartimos con terceros, o ambos; y (3) las personas a quienes desea que se apliquen los límites.

No siempre se nos exige estar de acuerdo: No siempre tenemos la obligación de aceptar su solicitud de restricción y, en algunos casos, la restricción que usted solicita puede verse prohibida por la ley. No es necesario que estemos de acuerdo con la restricción a menos que (i) la divulgación se realice con el fin de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención médica y no se requiera de otro modo por ley, y (ii) la información médica se refiera únicamente a un artículo o servicio de atención médica que usted o alguien en su nombre haya pagado de su bolsillo y en su totalidad. *De todos modos, si aceptamos, estaremos obligados a cumplir nuestro acuerdo a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley.* Una vez que hayamos acordado una restricción, usted tiene derecho a revocarla en cualquier momento. En algunas circunstancias, también tendremos derecho a revocar la restricción siempre que se lo notifiquemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de poder revocar la restricción.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

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

Cómo hacer su solicitud: Si desea solicitar comunicaciones más confidenciales, escriba a HSS West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, Nueva York, NY 10019. *No le preguntaremos el motivo de su solicitud e intentaremos atender todas las peticiones razonables.* Por favor, especifique en su solicitud el método o lugar en el que desea que nos pongamos en contacto con usted, y el modo en que se gestionará el pago de su asistencia médica si nos comunicamos con usted a través de este método o lugar alternativo.

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

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

VARIOS

1. Cómo puede actuar alguien en su nombre

Tiene derecho a nombrar a un representante legal que pueda intervenir en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Por regla general, los padres y tutores tendrán derecho a controlar la privacidad de la información médica de los menores, a menos que la ley les permita actuar en su propio nombre.

2. Cómo informarse sobre las protecciones especiales para el VIH, el alcoholismo y el abuso de sustancias, la salud mental, y la información genética

Se aplican protecciones especiales de privacidad a la información relativa al VIH, a la información sobre el tratamiento del abuso de alcohol y sustancias, a la información sobre salud mental y a la información genética. Es posible que algunas partes de este Aviso no se apliquen a estos tipos de información. En el supuesto de que su tratamiento incluya este tipo de información, es posible que se le entreguen formularios de autorización especiales con motivo de la divulgación de dicha información por parte de HSS ASC. Si desea solicitar copias de estos formularios, póngase en contacto con el HSS ASC llamando al (646) 495-3300.

3. Cómo obtener una copia de este aviso

Tiene derecho a obtener una copia en papel del presente Aviso. Puede solicitar una copia en papel en cualquier momento, aunque haya aceptado recibir este Aviso por vía electrónica con anterioridad. Para ello, llame a HSS ASC al (646) 495-3300. También puede obtener una copia de este aviso desde nuestro sitio web <https://www.hss.edu/west-side-asp.asp> o solicitando una copia en su próxima visita.

4. Cómo obtener una copia del aviso revisado

De vez en cuando podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, revisaremos el presente Aviso para que usted disponga de un resumen preciso de nuestras prácticas, y el Aviso revisado se aplicará a toda su información médica. Publicaremos cualquier Aviso revisado en nuestras áreas de admisión y en otros lugares del HSS ASC. Asimismo, podrá obtener su propia copia revisada del aviso si accede a nuestra página web <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp>, llama a HSS ASC al (646) 495-3300 o solicita una en su próxima consulta. La fecha de entrada en vigor del Aviso se indicará siempre en la portada y en la esquina superior exterior de cada página. Nuestro deber es respetar los términos del Aviso actualmente en vigor.

5. Cómo presentar una queja

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llama al 1-877-696-6775, o visita www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Si desea presentarnos una queja, sírvase ponerse en contacto con el responsable de privacidad del HSS WASC llamando al (646) 495-3300 o enviando una carta a HSS.

Fecha de entrada en vigor: 1 de mayo de 2024

West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, Nueva York, NY 10019. *Nadie tomará represalias ni actuará en su contra por presentar una queja.*

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

En el centro HSS West Side ASC (WASC) se valora mucho el respeto a la privacidad de nuestros pacientes. No solo se trata de lo que esperan nuestros pacientes, sino que es la forma correcta de brindar atención médica. De conformidad con la ley, protegeremos la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad y le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad que describe las prácticas de privacidad de la información médica del HSS WASC, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados al prestar servicios de atención médica para el HSS WASC. Nuestro Aviso se publicará en un lugar destacado del HSS WASC. También podrá obtener su propia copia de nuestro Aviso si accede a nuestro sitio web en <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp>, llama a HSS ASC al (646) 495-3300 o solicita una en el momento de su próxima visita.

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

Copia del paciente

Firma del paciente o de su representante personal

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

Descripción de la autoridad del representante personal

Fecha

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso o desea más información, comuníquese con el funcionario de privacidad de HSS ASC al (646) 495-3300.

Solo para uso del personal del consultorio: En caso de que el paciente no firme este formulario de reconocimiento, registre aquí los esfuerzos de buena fe realizados para obtener este reconocimiento.

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