

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE QUÉ MANERA USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LE ROGAMOS LEA EL DOCUMENTO CON MUCHA ATENCIÓN.**

**Si tiene alguna pregunta, le rogamos se ponga en contacto con nuestro Jefe de privacidad en la dirección o teléfono que aparecen a pie de página.**

**¿Quién obedecerá esta notificación?**

Bon Secours Charity health System (BSCHS) proporciona atención médica a nuestros pacientes, residentes y clientes, en asociación con médicos y otros profesionales y organizaciones. Las prácticas de privacidad de la información en esta notificación serán obedecidas por:

- ☞ Cualquier profesional médico que le esté tratando en cualquiera de nuestras instalaciones o en su hogar.
- ☞ Todos los departamento y unidades de nuestra organización.
- ☞ Todos los asociados empleados, personal o voluntarios de nuestra organización, incluido el personal de BSCHS y Bon Secours Health System Inc., nuestra organización matriz, con la cual podemos intercambiar información.
- ☞ Cualquier asociado comercial o socio de BSCHS con quienes intercambiamos información médica.

**Nuestra promesa:**

Comprendemos que su información médica es un asunto personal. Nos comprometemos a proteger dicha información médica. Nosotros preparamos un informe de la atención y los servicios que usted recibe, con el objetivo de proporcionar atención de calidad y para cumplir con los requisitos legales establecidos. Esta notificación se aplica a todos los informes relativos a su atención que nosotros mantenemos, tanto si han sido preparados por su médico personal o por el personal de las instalaciones. Es posible que su médico personal tenga una política o notificación distintas relativas al uso o revelación, por parte del médico, de su información médica y creadas en la consulta del médico. La ley exige que nosotros:

- ☞ Mantengamos en privado su información médica.
- ☞ Le entreguemos esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica.
- ☞ Obedzcamos los términos de la notificación que está en vigencia actualmente.

**Enmiendas a esta notificación.**

En cualquier momento podemos cambiar nuestras políticas. Las enmiendas se aplicarán a la información médica que ya tenemos en nuestro poder, así como a información médica nueva recibida después de que se produzca el cambio. Antes de realizar una enmienda significativa en nuestra política, actualizaremos nuestra notificación y la colocaremos en un tablero de anuncios en todos los puntos de acceso y en nuestro sitio en Internet en [www.bschs.org](http://www.bschs.org) en todas nuestras instalaciones. A usted se le ofrecerá una copia de la notificación vigente cuando se registre en una de nuestras instalaciones para recibir tratamiento. Los residentes que reciben atención a largo plazo recibirán su notificación el día 14 de abril de 2003, o antes. A usted también se le pedirá que haga constar el recibo de esta notificación por escrito.

**De qué manera podemos usar y revelar su información médica.**

- ☞ Podemos usar y revelar su información médica para ofrecerle **tratamiento** (tal como enviar su información médica a un especialista, como parte de su atención); **para obtener pago por el tratamiento** (tal como enviar información de cobros a su compañía de seguros); y **en apoyo de nuestras operaciones de atención médica** (tal como comparar los datos del paciente para mejorar los métodos de tratamiento).
- ☞ Podemos usar y revelar su información médica **sin** su autorización previa por diversas razones. A tenor de ciertos requisitos, podemos entregar su información médica sin su autorización previa por **cuestiones de salud pública, para informar de abuso o negligencia, en caso de inspecciones o auditorías por descuidos médicos, para estudios de investigación, para trámites de entierro y donación de órganos, para fines de indemnización al trabajador y en caso de emergencias.** También podemos revelar información médica **cuando la ley lo exige**, en respuesta a una petición de las autoridades judiciales y policiales en circunstancias específicas, o en respuesta a órdenes válidas judiciales o administrativas.
- ☞ A menos que usted decida lo contrario en cualquiera de las siguientes situaciones, también podemos ponernos en contacto con usted para **recordarle sus citas por teléfono o por correo**, o para decirle o recomendarle **posibles opciones, alternativas de tratamiento y beneficios o servicios médicos** que puedan ser de su interés, o para apoyar nuestras labores de **recaudación de fondos.**

# Notificación de prácticas de privacidad

**En vigencia a partir del 14/4/03**

Si usted ha sido ingresado como paciente o residente, a menos que nos indique lo contrario o a menos que se apliquen excepciones a la privacidad de acuerdo con las leyes federales o estatales, incluiremos en el **directorío de las instalaciones** su nombre, su ubicación en el hospital, su condición física general (buena, regular, etc.), y su afiliación religiosa, y revelaremos dicha información, excepto su afiliación religiosa, a cualquier persona que pregunte por usted con su nombre. Su afiliación religiosa solamente se podrá revelar a un miembro del clero, incluso si no pregunta por usted con su nombre.

Podemos revelar su información médica a un **amigo o pariente que esté encargado de su atención médica**, o a las autoridades de auxilio a damnificados, de manera que se pueda comunicar a su familia su ubicación y condición física.

**Protección especial en casos de VIH, abuso de alcohol y sustancias tóxicas, salud mental, e información genética**

Existe protección especial de la privacidad que se aplica a la información relativa a VIH, información relativa al tratamiento por abuso de alcohol y sustancias tóxicas, información relativa a la salud mental e información genética. Algunas secciones de esta Notificación de prácticas de privacidad general pueden no aplicarse a estos tipos de información. Si su tratamiento incluye este tipo de información, se le proporcionará un formulario distinto de autorización para revelar su información.

**Otros usos de la información médica**

En cualquier otra situación que no esté cubierta por esta notificación, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o revelar su información médica. Si decide autorizar el uso o la revelación, podrá posteriormente revocar dicha autorización comunicándonos su decisión por escrito.

**Sus derechos respecto a su información médica**

En la mayoría de los casos, **usted tiene derecho a ver o a obtener una copia de la información médica** que utilizamos para tomar decisiones acerca de su atención, siempre y cuando lo solicite por escrito. Si solicita copias, es posible que le cobremos una cuota para cubrir el costo del fotocopiado, del correo o de otros suministros necesarios. Si le negamos su petición de ver o de obtener una copia, usted puede presentar una petición por escrito para que se examine dicha decisión.

Si usted piensa que la información incluida en sus informes es incorrecta, o si falta información importante, **usted tiene el derecho de pedir que se corrijan los informes**, presentando dicha petición por escrito, e indicando la razón por la cual desea dicha corrección. Nosotros podríamos negar dicha petición de enmendar sus informes si la información no ha sido creada por nosotros, si la información no forma parte de los informes médicos que nosotros mantenemos, o si determinamos que los informes son correctos. Usted puede apelar por escrito nuestra decisión de no enmendar un informe.

**Usted tiene derecho a recibir una lista de las ocasiones en que hemos revelado su información médica**, por motivos distintos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o cuando usted haya autorizado específicamente la revelación, siempre y cuando solicite dicha lista por escrito. Dicha petición debe incluir el plazo de tiempo que desea se registre en la lista y que debe ser inferior a un periodo de 6 años y que comenzará a partir del 14 de abril de 2003. Usted puede recibir la lista en forma electrónica o impresa. La primera lista solicitada en un plazo de 12 meses será gratuita, las peticiones posteriores se cobrarán de acuerdo con el costo de producción de dicha lista. Le informaremos del costo antes de que usted incurra en gasto alguno.

Si esta notificación se le ha enviado electrónicamente, **usted tiene derecho a recibir una copia impresa de la misma**.

**Usted tiene derecho a pedir que su información médica se le comunique de manera confidencial**, tal como enviarla por correo a una dirección distinta de la suya. Para ello, debe comunicarnos por escrito la manera específica o la dirección que debemos utilizar para comunicarnos con usted.

**Usted puede pedir, por escrito, que no usemos o revelemos su información médica** por cuestiones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o a personas encargadas de su atención, excepto cuando usted lo autorice específicamente, cuando lo exige la ley, o en caso de emergencia. Nosotros consideraremos su petición pero **no estamos obligados legalmente a aceptarla**. Le informaremos de nuestra decisión relativa a su petición.

Todas las peticiones y apelaciones por escrito se deben presentar a nuestro Jefe de privacidad, cuyo nombre y dirección aparecen escritos a pie de página

**Quejas**

Si le preocupa que se hayan violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión nuestra sobre el acceso a sus informes, puede ponerse en contacto con nuestra Oficina de privacidad (dirección abajo). También puede ponerse en contacto con nuestro Jefe de Responsabilidad empresarial llamando al teléfono (845) 987-5970, o a través de la línea telefónica Bon Secours Values Line, una línea directa de atención las 24 horas, llamando al 1-888-880-1286.

Finalmente, puede remitir su queja por escrito a la Oficina de derechos humanos del Departamento de salud y servicios humanos (U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights). Nuestro Jefe de privacidad puede proporcionarle la dirección.

Bajo ninguna circunstancia se le penalizará ni sufrirá represalias por presentar una queja.

**Oficina de privacidad**

HIPAA Privacy Office  
Mt. Alverno Center  
20 Grand Street  
Warwick, NY 10990  
Teléfono: (845) 987-5970  
FAX: (845) 987-5940