



# Notice of Privacy Practice

# Aviso de Prácticas Privadas

# Aviso de prácticas de privacidad

(Para la versión española de este documento chasque por favor aquí): Version española

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE ESTE AVISO DETENIDAMENTE.**

## ESTAMOS COMPROMETIDOS CON SU PRIVACIDAD

La ley obliga a Westchester Medical Center Health Network (WMCHHealth) a proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y a proporcionarle una copia de este aviso que describe las prácticas relacionadas con la privacidad de la información de salud de nuestro hospital, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados que, conjuntamente con nuestro hospital, brindan servicios de atención médica. Solo usaremos o divulgaremos (compartiremos) su información de salud como se describe en el presente Aviso. Se le pedirá que firme un consentimiento que estipule que ha recibido este Aviso.

Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea obtener más información, comuníquese con el Agente de Privacidad a través del (914) 493-2600.

## ¿QUIÉN CUMPLIRÁ CON ESTE AVISO?

Todos los empleados, personal médico, personal en formación, estudiantes, voluntarios y agentes del WMCHHealth cumplen estas prácticas de privacidad en los lugares que se mencionan a continuación. El WMCHHealth incluye:

- Westchester Medical Center incluyendo al Hospital Infantil María Fareri, al Centro de Salud Conductual y al Hospital MidHudson Regional
- Hospital Good Samaritan en Suffern, NY
- Hospital Comunitario St. Anthony
- Hospital Comunitario Bon Secours
- St. Francis at the Knolls, (Centro Mt. Alverno)
- Villa Francis at the Knolls, Inc. (Pabellón Schervier)
- Hospital HealthAlliance, Mary's Avenue Campus
- Hospital Margaretville
- Centro de Cuidado Residencial Mountainside
- Westchester Medical Center Advanced Physician Services, P.C.
- Bon Secours Charity Health System Medical Group, P.C.
- Centro para la Innovación Regional de la Atención de Médica

## USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN

Esta sección describe las diferentes maneras en las que podemos usar y compartir su información.

Usamos y compartimos su información, principalmente para efectos de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. Esto significa que usamos y compartimos su información de salud:

- Con otros proveedores de atención de salud que lo estén atendiendo o con un establecimiento farmacéutico que supla su receta médica;
- Con su plan de seguro para recabar el pago por servicios de atención de salud o para obtener la pre-aprobación de su tratamiento; y
- Para dirigir nuestro negocio, mejorar su atención, educar a nuestros profesionales y evaluar el rendimiento del proveedor.

A veces podemos compartir su información, como un servicio de facturación, con nuestros asociados de negocios quienes nos ayudan con nuestras operaciones de negocio. Todos nuestros asociados de negocios deben proteger la privacidad y seguridad de su información de salud, tal como lo hacemos nosotros.

También podemos usar o compartir su información para contactarlo:

- Acerca de servicios o beneficios relacionados a la salud;
- Acerca de sus próximas citas;
- Para consultar si le gustaría formar parte de proyectos de investigación;
- Acerca de recaudar fondos para WMCHHealth.

Usted tiene el derecho de optar por no recibir notificaciones acerca de las actividades de recaudación de fondos. Puede hacerlo poniéndose en contacto con la oficina de la fundación de WMCHHealth a través del correo electrónico [foundation@wmchealth.org](mailto:foundation@wmchealth.org) o vía telefónica al 914-493-2575.

Si no desea recibir notificaciones sobre los proyectos de investigación en los que puede participar, puede comunicarse con el Instituto de Investigación de Westchester Medical Center por escrito a Executive Offices Taylor Pavilion West, 100 Woods Road, Valhalla, New York 10595, or by phone at 914-493-6280.

Aplican protecciones especiales si usamos o compartimos información de salud sensible. Esta incluye información relacionada al VIH, información sobre salud mental, información sobre el tratamiento del abuso de alcohol o drogas o información genética. Por ejemplo, de acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, la información confidencial relacionada al VIH solo se puede compartir con personas que la ley autoriza o personas que usted ha autorizado a través de la firma de un formulario específico de autorización. Si su tratamiento contiene esta información, puede comunicarse con el Agente de Privacidad al 914-493-2600 para obtener mayores detalles.

La ley también nos permite y a veces nos solicita compartir su información de otras maneras. Debemos cumplir muchas condiciones estipuladas por la ley antes de poder divulgar su información por las siguientes razones. Algunos ejemplos incluyen:

- Seguridad y Salud Pública: para reportar enfermedades, nacimientos o decesos, reportar la sospecha de abuso, abandono o violencia doméstica; evitar amenazas graves a la salud o seguridad pública; evaluar el retiro de productos y dar información para efectos de calidad y seguridad.
- Investigación: para analizar los proyectos de expedientes médicos que nuestra Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) haya aprobado y que sean de bajo riesgo para su privacidad; preparar el estudio de investigación; estudiar que solo involucre información de personas fallecidas.
- Procedimientos Administrativos y Judiciales: para responder a un tribunal o a una orden administrativa.
- Compensación del trabajador y otras solicitudes gubernamentales: para solicitudes de pago o audiencias por la compensación del trabajador; a agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; funciones gubernamentales especiales (milicia, seguridad ciudadana).
- Aplicación de la ley: a un funcionario policial para que identifique o encuentre a un sospechoso o a una persona extraviada.

- Cumplimiento de la ley: al Departamento de Salud y Servicios Humanos para consultar si cumplimos con la ley de privacidad federal.
- Situación de desastres: para compartir su ubicación y ubicación general para efectos de notificar a su familia, amigos y agencias autorizadas por la ley para asistir en situaciones de emergencia.
- A organizaciones que manipulan órganos, tejidos, donantes de córnea o trasplante.
- A un juez de primera instancia, a un médico forense o a un director de funeraria cuyos trabajos lo requieran.
- Uso y divulgación incidental permitida: decir su nombre en una sala de espera para una cita y que otras personas en la sala de espera pudieran escuchar su nombre. Hacemos esfuerzos razonables para limitar estos usos y divulgaciones incidentales.

En las siguientes situaciones, podríamos usar o compartir su información, salvo que usted se oponga o si nos proporciona permiso de manera específica. Si debido a algunas razones no nos puede decir sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

- A nuestro directorio de pacientes, incluyendo nuestro Departamento de Servicios de Capellanía, tales como un sacerdote o un rabino.
- Con su familia, amigos u otras personas involucradas en su cuidado o pago por su atención. En las siguientes situaciones, solo usaremos o compartiremos su información si nos da permiso:
  - Para efectos de comercialización
  - La venta de su información o pagos de terceros
  - La mayor parte de las notas de psicoterapia
  - Cualquier otra razón no descrita en este Aviso

Usted puede revocar (retirar) dicho permiso, excepto cuando ya hayamos hecho uso del mismo. Por favor, escriba al Departamento de Manejo de Información de Salud (Department of Health Information Management); la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso.

## SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Usted puede:

- Inspeccionar y obtener una copia de toda su información de salud que se utiliza para tomar decisiones acerca de usted y de su tratamiento mientras nosotros mantengamos esta información en nuestros expedientes. Esto incluye registros de facturación e información médica.
- Para inspeccionar u obtener una copia de su información de salud, por favor envíe su solicitud por escrito al Director Sénior del Departamento de Manejo de Información de Salud; la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso.
- Si usted solicita una copia de la información, se le cobrará una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros gastos en los que incurramos para satisfacer su pedido. La tarifa estándar es de \$0.75 por página si es en papel y \$6.75 si es en CD y por lo general se debe pagar antes o en el momento en que le entreguemos las copias.
- Responderemos a su pedido de inspección de registros en un plazo de 10 días. Generalmente respondemos a los pedidos de copias dentro de los 30 días si la información se encuentra en nuestros centros y en un plazo de

No se nos obliga acordar con las restricciones que usted solicite, pero las revisaremos. Si usted paga por los servicios de su propio bolsillo y en su totalidad, y nos solicita no compartir la información con su plan de seguro, lo acordaremos salvo que la ley nos obligue a compartir dicha información.

- Si usted cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que modifiquemos la información.
  - Para solicitar una modificación, por favor, escriba al Director Sénior del Departamento de Manejo de Información de Salud; la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso. Generalmente, responderemos a su pedido en un plazo de 60 días.
- Obtener una lista de con quién compartimos la información. Puede solicitar una lista (conteo) de las veces que hemos compartido su información y las razones para hacerlo, de los seis años previos a su solicitud. No todas las divulgaciones se incluirán en la lista, como las que se hicieron por tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. Tiene derecho a obtener esta lista una vez cada 12 meses sin cargo, pero le podemos facturar el costo de una lista adicional si la solicita durante ese tiempo.
  - Para una lista, por favor, escriba al Director Sénior del Departamento de Manejo de Información de Salud; la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso. Generalmente, responderemos a su pedido en un plazo de 60 días
- Obtener una copia de este Aviso de Privacidad. Solicítela y le daremos una copia en el formato que desee (papel o electrónico).
- Escoger a alguien que actúe en su nombre. Este "representante personal" puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Generalmente, los padres y los tutores de los menores tienen este derecho sobre los niños, excepto que la ley le permita al menor actuar en nombre propio.
- Presentar una queja si siente que se violaron sus derechos. Puede contactar al Agente de Privacidad del WMC, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Pavilion, 100 Woods Road, Suite C-138 Valhalla, New York 10595  
o al Secretary of the United States Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. 1-877-696-6775, [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)  
No tomaremos represalias ni llevaremos a cabo una acción en su contra por presentar una queja.
- Solicitar protecciones de privacidad adicionales en relación a su registro médico electrónico.

## NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud protegida.
- Le notificaremos si ocurre una infracción que comprometa la privacidad o seguridad de su información de identificación.
- Debemos seguir las prácticas descritas en este Aviso y darle una copia.
- Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible según solicitud o en nuestra página web @ [www.westchestermedicalcenter.com](http://www.westchestermedicalcenter.com) o si lo solicita en su próxima visita.

## PREGUNTAS O PREOCUPACIONES

Si tiene alguna pregunta o desea ejercer sus derechos descritos en este Aviso, por favor contacte al Agente de Privacidad en: Westchester Medical Center, Corporate Compliance, 100 Woods Road, Suite C-138, Valhalla, New York 10595, vía telefónica al 914-493-2600 o por correo electrónico a la dirección [westchestermedicalcenter.com](mailto:westchestermedicalcenter.com)

La mayoría de las solicitudes para ejercer sus derechos deben hacerse por escrito al Agente de Privacidad o al Director Sénior del Departamento de Manejo de Información de Salud; la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso. Para obtener mayor información o recibir un formulario de solicitud, comuníquese con

el Agente de Privacidad al 914-493-2600 o al Departamento de Manejo de Información de Salud; la información de

contacto se encuentra en la última página de este Aviso.

60 días si se encuentra fuera de ellos.

- Solicitar comunicaciones confidenciales. Trataremos de acatar todo pedido razonable.
- Para solicitar comunicaciones más confidenciales, escriba a Compliance/Privacy Officer, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Pavilion West, 100 Woods Road, Suite C-138 Valhalla, New York 10595.
- Puede solicitamos limitar lo que usamos o divulgamos de su tratamiento, pagos y operaciones de atención de salud.

**ACUSE DE RECIBO M AVISO DE LAS PRÁCTICAS  
CONFIDENCIALES**

2656 (Rev. 04/22) Page 1 of 1

*Al firmar más abajo, reconozco que se me ha proporcionado una copia de este Aviso de las Práctica Confidenciales y por lo tanto se me ha informado como se puede utilizar y divulgar por el hospital y las instalaciones enumerados al principio de este aviso, y cómo puedo obtener acceso y controlar esta información. Así mismo reconozco y comprendo que yo puedo pedir copias de avisos separados explican las protecciones especiales de la confidencialidad sobre la información de los tratamientos aplicables VIH, uso del alcohol y abuso de drogas, información sobre la salud mental y la información genética*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente o Representante Personal*

\_\_\_\_\_  
*Escriba el Nombre del Paciente o Representante Personal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Descripción de la Autoridad del Representante Personal*

**Department of Health  
Information Management –  
Contact Information**

Westchester Medical Center  
including  
Maria Fareri Children’s Hospital  
Behavioral Health Center  
MidHudson Regional Hospital

Department of Health Information  
Management

Macy Pavilion, MI 8  
Valhalla, N.Y. 10595  
914-493-7600

**Bon Secours Charity Health System**

Department of Health Information  
Management

255 Lafayette Avenue  
Suffern, N.Y. 10901  
845-368-5409

HealthAlliance Hospital  
including Margaretville Hospital and  
Mountainside Residential Care Center

Department of Health Information  
Management

396 Broadway  
Kingston, N.Y. 12401  
845-943-6009

**Departamento de Manejo  
de Información de Salud –  
Información de contacto**

Westchester Medical Center incluyendo  
al Hospital Infantil Maria Fareri, al  
Centro de Salud Conductual y al  
Hospital MidHudson Regional

Departamento de Manejo  
de Información de Salud

Macy Pavilion, MI 8  
Valhalla, N.Y. 10595  
914-493-7600

**Bon Secours Charity Health System**

Departamento de Manejo  
de Información de Salud

255 Lafayette Avenue  
Suffern, N.Y. 10901  
845-368-5409

Hospital HealthAlliance  
incluyendo Hospital Margaretville  
y Centro de Cuidado Residencial  
Mountainside

Departamento de Manejo  
de Información de Salud

396 Broadway  
Kingston, N.Y. 12401  
845-943-6009

