

HOSPITAL
FOR
**SPECIAL
SURGERY**



Especialistas en movilidad

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Fecha efectiva: 14 de abril de 2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, COMO ASÍ TAMBIÉN, CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ÉSTA. LÉALO CON ATENCIÓN.

El respeto a la confidencialidad de la información de nuestros pacientes ha sido altamente valorado en el Hospital para Cirugías Especiales (Hospital for Special Surgery). No es solamente lo que nuestros pacientes esperan, sino la manera correcta de administrar la atención a la salud. Según lo requiere la ley, nosotros protegeremos la confidencialidad de la información de la salud que pudiese revelar su identidad y le entregaremos una copia de nuestro aviso, el cual describe las prácticas de confidencialidad de la información de la salud en nuestro hospital y de su personal médico, como así también de nuestros proveedores de atención a la salud afiliados cuando brinden servicios médicos para nuestro hospital. Se colocará una copia del aviso vigente en el área de entrada principal y una versión resumida en los distintos establecimientos del hospital. Usted también podrá obtener su propia copia ya sea visitando nuestro sitio en la red www.hss.edu, llamando a la Administración de Información de Salud al (212) 606-1254 o solicitando una copia en su próxima visita.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o quisiera más información, comuníquese con el Funcionario de Confidencialidad al (212) 774-7500.

¿QUIÉN CUMPLIRÁ LAS PRÁCTICAS DE ESTE AVISO?

El Hospital para Cirugías Especiales brinda atención a la salud a sus pacientes junto con médicos, distintos profesionales de atención a la salud y organizaciones. Las prácticas de confidencialidad descritas en este aviso serán cumplidas por:

- Todo profesional de atención a la salud que brinde servicios directos al hospital para atenderlo a usted en los distintos establecimientos del hospital;
- Todos los empleados, personal médico, aprendices, estudiantes y voluntarios en cualquiera de nuestros establecimientos que brinden servicios directos al hospital;
- Las prácticas de confidencialidad descritas en este aviso no se aplican cuando se brinda atención en los consultorios privados del personal médico o de otros profesionales de atención a la salud, incluso si estos consultorios están ubicados en los establecimientos del hospital. Por ejemplo, las prácticas de confidencialidad descritas en este aviso sí se aplicarán cuando un médico de nuestro personal le esté atendiendo mientras usted sea un paciente interno del hospital o cuando usted reciba atención en una clínica para pacientes externos del hospital. Las prácticas de confidencialidad de este aviso no se aplicarán cuando usted vea al mismo médico para una visita de seguimiento en su consultorio privado, ya sea dentro o fuera del hospital. El médico debería proporcionarle un aviso separado explicando las prácticas de confidencialidad que se aplicarán en su consultorio privado. Además, las prácticas de confidencialidad de este aviso no se aplican a los miembros de nuestro personal médico u otros miembros de nuestro personal cuando le brinden atención en distintos hospitales o establecimientos.

PERMISOS DESCRITOS EN ESTE AVISO

Este aviso explicará los distintos tipos de permisos que le solicitaremos antes de utilizar o divulgar su información de la salud con un propósito determinado. Los tres tipos de permisos a que se refiere este aviso son los siguientes:

- “Consentimiento general escrito”, el cual le solicitaremos para utilizar y divulgar su información de salud con el fin de atenderlo, obtener el pago por dicha atención y llevar a cabo nuestras operaciones administrativas. Obtendremos este consentimiento general escrito la primera vez que le brindemos tratamiento o servicios. Este consentimiento general escrito es un permiso amplio que no tiene que repetirse cada vez que le brindemos tratamiento o servicios.
- “Oportunidad de objetar”, la cual le brindaremos a usted antes de utilizar o divulgar su información de salud con ciertos propósitos. En estas situaciones, usted tendrá la oportunidad de objetar la utilización o divulgación de su información de salud ya sea en persona, por teléfono o por escrito.
- “Autorización escrita”, la cual le brindará la información detallada sobre quién podría recibir su información de salud para ciertos propósitos específicos. Sólo tendremos permitido utilizar y divulgar la información de su salud consignada en la autorización escrita, la cual se realizará de la manera explicada en el formulario de autorización que usted ha firmado. Una autorización escrita tendrá una fecha o acontecimiento de vencimiento.

RESUMEN SOBRE INFORMACIÓN IMPORTANTE

Requerimiento de una autorización escrita. Generalmente, obtendremos su autorización escrita antes de utilizar su información de salud o compartirla con terceros fuera del hospital. Usted también podría iniciar la transferencia de su documentación a otra persona completando un formulario de autorización escrita. Si usted nos proporciona una autorización escrita, usted la puede revocar en cualquier momento, excepto en la medida en que ya haya sido utilizada. Para revocar una autorización escrita, escriba a la oficina de Administración de Información de Salud del hospital.

Excepciones al requerimiento de autorización escrita. Existen algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización escrita antes de utilizar su información de salud o compartirla con terceros. Éstas constituyen:

- **Para tratamiento, pago y operaciones administrativas.** Solicitaremos su consentimiento general escrito sólo una vez para utilizar y divulgar su información de salud con el fin de brindarle atención a su condición, cobrar dicha atención y llevar a cabo nuestras operaciones administrativas. En algunos casos, también podríamos divulgar su información de salud a otro proveedor de atención a la salud o pagador para sus actividades de pago y para garantizar sus operaciones administrativas. Para más información, véase la página 3 de este aviso.
- **Para el listado de pacientes y divulgación a familiares y amigos involucrados en su atención.** Si usted está de acuerdo, al momento de su admisión, incluiremos información sobre usted en nuestro listado de pacientes y compartiremos información sobre su ubicación y estado de salud con sus amigos y familiares involucrados en su atención. Para más información, véase la página 4 de este aviso.
- **En emergencias o por necesidad pública.** Podríamos utilizar o divulgar su información de salud en una emergencia o por necesidades importantes de salud pública. Por ejemplo, podríamos compartir su información con funcionarios de salud pública del departamento de salud del estado o de la ciudad de New York que estén autorizados a investigar y controlar la propagación de enfermedades. Para más ejemplos, véanse las páginas 4-7 de este aviso.
- **Si la información está completa o parcialmente restringida de identificación.** Podríamos utilizar o divulgar su información de salud siempre que se haya eliminado todo dato que pueda identificarle, de manera que la información de salud quede “completamente restringida de identificación”. También podríamos utilizar o divulgar información “parcialmente restringida de identificación” si la persona que recibe dicha información accede, de manera escrita, a proteger la confidencialidad de ésta. Para más información, véase la página 7 de este aviso.

Cómo acceder a su información de salud. Por lo general, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud. Para más información, véase la página 8 de este aviso.

Cómo corregir su información de salud. Usted tiene el derecho de solicitarnos una enmienda a su información de salud si cree que es incorrecta o que está incompleta. Para más información, véase la página 8 de este aviso.

Cómo identificar a terceros que han recibido su información de salud. Usted tiene el derecho de recibir un “listado de divulgaciones”, el cual identifica a ciertas personas u organizaciones a las cuales se le ha cedido su información de salud de conformidad con las protecciones descritas en este Aviso sobre prácticas de confidencialidad. No se incluirán en este listado muchas de las divulgaciones de rutina que se realizan, pero el listado sí identificará ciertas divulgaciones de su información que no se consideran de rutina. Para más información, véase la página 8 de este aviso.

Cómo solicitar protecciones de confidencialidad adicionales. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales a la manera en que utilizamos su información de salud o la forma en que la compartimos con terceros.

No estamos obligados a acceder a la restricción que usted solicite, pero de ser así, estaremos comprometidos por nuestro acuerdo. Para más información, véase la página 9 de este aviso.

Cómo solicitar una comunicación más confidencial. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos de una manera más confidencial con usted, como ser en su hogar en vez de en su trabajo. Trataremos de complacer todos los pedidos razonables. Para más información, véase la página 9 de este aviso.

Cómo una persona puede actuar en su nombre. Usted tiene el derecho de nombrar a un representante personal, quien podría actuar en su nombre para controlar la confidencialidad de su información de salud. Por lo general, los padres y tutores tienen el derecho de controlar la confidencialidad de la información de salud de los menores, a menos que los menores estén autorizados legalmente para actuar por sí mismos.

Cómo informarse sobre protecciones especiales relacionadas con VIH, alcoholismo, abuso de sustancias, salud mental e información genética. Existen protecciones especiales de confidencialidad sobre la información relacionada al VIH, al tratamiento por alcoholismo y abuso de sustancias, a la salud mental y a la información genética. Ciertas secciones de este Aviso sobre prácticas de confidencialidad general no podrían aplicarse para estos tipos de informaciones. Si su tratamiento involucra este tipo de información, se le proporcionarán formularios especiales de autorización relacionados con la divulgación de dicha información por parte del hospital. Para solicitar copias de estos formularios, llame a la Administración de Información de Salud al (212) 606-1254.

Cómo obtener una copia de este aviso. Usted tiene el derecho de poseer una copia impresa de este aviso. Puede solicitar una copia impresa en todo momento, incluso si accedió anteriormente a recibir este aviso de manera electrónica. Para hacerlo, llame a la Administración de Información de Salud al (212) 606-1254. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio en la red www.hss.edu o solicitando una copia en su próxima visita.

Cómo obtener una copia del aviso revisado. En algunos momentos podríamos cambiar nuestras prácticas de confidencialidad. De hacerlo, revisaremos este aviso para que usted tenga un resumen correcto de nuestras prácticas y el aviso revisado se aplicará a toda su información de salud. Todo aviso actualizado será colocado en nuestras áreas de admisión y en los distintos establecimientos del hospital. Usted también podrá obtener su propia copia del aviso revisado ya sea visitando nuestro sitio en la red www.hss.edu, llamando a nuestra oficina de Administración de Información de Salud al (212) 606-1254 o solicitando una copia en su próxima visita. La fecha efectiva de este aviso siempre estará escrita en la cubierta y en el extremo superior de cada página. Nosotros debemos acatar los términos del aviso en vigencia.

Cómo presentar una queja. Si usted cree que se contravinieron sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja con nosotros o con la Secretaría del Departamento de Servicios de Salud y Humanitarios. Para presentar una queja con nosotros, llame al Funcionario de Confidencialidad al (212) 774-7500 o envíe una carta al hospital dirigida al Funcionario de Confidencialidad. *Nadie tomará represalias o acciones en su contra por haber presentado una queja.*

QUÉ INFORMACIÓN DE SALUD ESTÁ PROTEGIDA

Estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de la información reunida sobre usted mientras se estén brindando servicios relacionados con la salud. Algunos ejemplos de la información de salud protegida serían:

- información que indique que usted es un paciente del hospital o que está recibiendo tratamiento u otro servicio relacionado con la salud en nuestro hospital;
- información sobre su condición de salud (como ser una enfermedad que pudiera tener);
- información sobre productos o servicios de atención a la salud que haya recibido o pueda recibir en el futuro (como ser una operación); o

- información sobre sus beneficios de atención a la salud bajo un plan de seguro (como ser si un medicamento recetado tiene cobertura);

cuando esté combinado con:

- información demográfica (como ser su nombre, dirección o categoría de seguro);
- números únicos que podrían identificarlo (como ser su número de seguro social, su número telefónico o de licencia de conducir); y
- otros tipos de informaciones que podrían identificar quién es usted.

CÓMO PODRÍAMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

1. Para tratamiento, pago y operaciones administrativas

Mediante su consentimiento general escrito, podríamos utilizar su información de salud o compartirla con terceros con el fin de atender su condición, obtener el pago por este tratamiento y llevar a cabo nuestras operaciones administrativas. En algunos casos, también podríamos divulgar su información de salud para actividades de pago y para garantizar las operaciones administrativas de otro proveedor de atención a la salud o pagador.

Tratamiento. Podríamos compartir su información de salud con médicos, enfermeras y otros proveedores de atención a la salud del hospital que estén involucrados en su atención, los cuales podrían, en algún momento, utilizar dicha información para diagnosticar o brindarle atención. Un médico en nuestro hospital podría compartir su información de salud con otro médico dentro de nuestro hospital o con un médico en un hospital diferente para determinar cómo diagnosticarlo o atenderlo. Su médico también podría compartir su información de salud con otro médico a quien usted haya sido derivado para atención a la salud adicional.

Pago. Podríamos utilizar su información o compartirla con terceros con el objetivo de obtener el pago por sus servicios de atención a la salud. Por ejemplo, podríamos compartir información sobre usted con su compañía de seguro de salud con el objetivo de obtener el reembolso luego de haberlo atendido o para determinar si su tratamiento será cubierto. También podríamos necesitar informarle a su compañía de seguro de salud sobre su condición con el objetivo de obtener una aprobación previa para su tratamiento, como ser su admisión en el hospital para un tipo de cirugía especial. Por último, pudiéramos compartir su información con otros proveedores de atención a la salud y pagadores para sus actividades de pago.

Operaciones administrativas. Podríamos utilizar su información de salud o compartirla con terceros con el fin de llevar a cabo nuestras operaciones administrativas. Por ejemplo, podríamos utilizar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le brinda a usted o para educar a nuestro personal en cómo mejorar dicha atención. Por último, podríamos compartir su información de salud con otros proveedores de atención a la salud y pagadores para garantizar sus operaciones administrativas, si la información está vinculada con una relación actual o anterior entre usted y el proveedor o pagador, y si éstos están obligados por ley federal a proteger la confidencialidad de su información de salud.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios. Mientras se le esté brindando atención, podríamos utilizar su información de salud para contactarnos y darle un recordatorio de que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios en nuestro establecimiento. También pudiéramos utilizar su información de salud para recomendarle posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud, los cuales podrían ser de su interés.

Recaudación de fondos. Para financiar nuestras operaciones administrativas, podríamos utilizar su información demográfica, incluyendo la información sobre su edad y sexo, el lugar donde vive o trabaja y las fechas en las que recibió tratamiento con el fin de contactarle para recaudar dinero para ayudarnos a promover nuestra misión de atención a los pacientes, estudios de investigación y educación. Asimismo pudiéramos compartir esta información con una fundación de caridad que le contactará para recaudar dinero en representación nuestra.

Asociados administrativos. Podríamos divulgar su información de salud con contratistas, agentes y otros asociados administrativos que necesiten la información con el fin de asistirnos en la obtención de pago o para llevar a cabo nuestras operaciones administrativas. Por ejemplo, podríamos compartir su información de salud con una compañía de administración de cuentas que nos ayude a obtener el pago por parte de su compañía de seguros. Otro ejemplo sería que pudiéramos compartir su información con una firma contable o legal que nos brinde asesoramiento profesional sobre cómo mejorar nuestros servicios de atención a la salud y cumplir con las leyes. En caso de que se divulgue esta información de salud a un asociado administrativo, tendremos un contrato escrito con éste que le requiera proteger la confidencialidad de su información de salud.

Podemos llevar a cabo todas estas cosas si usted ha firmado un formulario de consentimiento general escrito. Una vez que usted firme este formulario de consentimiento general escrito, estará vigente de manera indefinida hasta que usted lo revoque. Usted podría revocar su consentimiento general escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya haya sido utilizado. Por ejemplo, si le proporcionamos tratamiento antes de que usted revoque su consentimiento general escrito, todavía podríamos compartir su información de salud con su compañía de seguros para obtener el pago por dicho tratamiento. Para revocar su consentimiento general escrito, escriba a Health Information Management 535 East 70th Street, New York, NY 10021.

2. Listado de pacientes, familiares y amigos

Podríamos utilizar o divulgar su información de salud contenida en nuestro Listado de pacientes o compartirla con familiares y amigos involucrados en su atención, sin su autorización escrita. Usted podría objetar estas utilidades y divulgaciones de su información de salud a menos que no exista tiempo suficiente debido a una emergencia médica (en cuyo caso hablaremos sobre sus preferencias una vez que termine la emergencia). Cumpliremos sus peticiones a menos que la ley requiera que hagamos las cosas de otra manera.

Listado de pacientes. Si usted está de acuerdo, mientras usted sea un paciente en el hospital, incluiremos en nuestro listado de pacientes su nombre, ubicación dentro de nuestro establecimiento, su estado general (*por ejemplo*, regular, estable, crítico, etc.) y su afiliación religiosa. Esta información en el listado, a excepción de su afiliación religiosa, podría ser divulgada a las personas que pregunten por su nombre. Su afiliación religiosa podría revelarse a un miembro del clero, como ser un sacerdote o rabino, aun cuando él o ella no pregunte por usted por su nombre.

Familiares y amigos involucrados en su atención. Si usted está de acuerdo, podríamos compartir su información de salud con un miembro de la familia, pariente o amigo personal cercano que esté involucrado en su atención o en el pago de dicha atención. También podríamos notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable por su atención sobre su localización y condición general aquí en el hospital. En algunos casos, podríamos compartir su información con una organización de asistencia en momento de catástrofe para que nos ayude a notificar a estas personas.

3. En emergencias o por necesidad pública

Podríamos utilizar su información de salud y compartirla con terceros, con el fin de asistirlo en una emergencia o para satisfacer necesidades públicas importantes. No estaremos obligados a obtener un consentimiento general escrito antes de utilizar o divulgar su información si existen estos motivos. Sin embargo, si obtendremos su

autorización escrita o le brindaremos la oportunidad de refutar la utilización y divulgación de su información de salud en estas situaciones cuando la ley estatal nos lo requiera hacerlo.

Emergencias. Podríamos utilizar o divulgar su información de salud si usted necesita atención de emergencia o si por ley debamos asistirle, pero nos veamos imposibilitados de obtener su consentimiento general escrito. Si esto sucede, trataremos de obtener su consentimiento general escrito apenas pueda realizarse de manera razonable, después de brindarle la atención.

Barreras en la comunicación. Podríamos utilizar y divulgar su información de salud en caso de que no podamos obtener su consentimiento general escrito debido a la existencia de una barrera significativa en la comunicación y sea de nuestro entender que, si pudiésemos comunicarnos con usted, usted querría ser atendido.

Requerimientos por ley. Podríamos utilizar o divulgar su información de salud si la ley nos requiera hacerlo. Le comunicaremos sobre estas utilidades y divulgaciones en caso de que la ley requiera un aviso.

Actividades de salud pública. Podríamos divulgar su información de salud para autorizar a los funcionarios de salud pública (o una agencia gubernamental extranjera que esté colaborando con dichos funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podríamos compartir su información de salud con los funcionarios del gobierno responsables del control de enfermedad, lesión o incapacidad. Si la ley nos requiriera o permitiera, también podríamos divulgar su información a una persona que pudiera haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o en riesgo de contraer o propagar dicha enfermedad. Por último, podríamos revelar alguna información de salud sobre usted a su empleador si éste nos contrata para que le realicemos un examen físico y se descubre que usted tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que su empleador deba conocer para poder cumplir con las leyes de empleo.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Podríamos revelar su información de salud a una autoridad de salud pública que esté autorizada a recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, podríamos comunicar su información a funcionarios del gobierno si creemos, de manera razonable, que usted ha sido víctima de tal abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos todo lo posible por obtener su permiso antes de revelar esta información, pero en algunos casos podríamos estar obligados o autorizados a actuar sin su permiso.

Actividades de fiscalización de la salud. Podríamos revelar su información de salud a agencias gubernamentales autorizadas para llevar a cabo auditorías, investigaciones e inspecciones en nuestro establecimiento. Estas agencias gubernamentales supervisan la operación del sistema de atención a la salud, los programas de beneficios del gobierno como Medicare y Medicaid y el cumplimiento con los programas reguladores gubernamentales y las leyes de derechos civiles.

Supervisión, reparación y retiro del mercado de un producto. Podríamos revelar su información de salud a una persona o compañía regulada por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration) con el propósito de: (1) informar o rastrear defectos o problemas en un producto; (2) reparar, reemplazar o retirar del mercado productos defectuosos o peligrosos; o (3) supervisar el rendimiento de un producto luego de haber sido aprobado para el uso del público en general.

Acciones legales y litigios. Podríamos revelar su información de salud cuando una corte o tribunal administrativo, con competencia en una acción legal o litigio, nos ordene hacerlo.

Autoridad policial. Podríamos divulgar su información de salud a las autoridades policiales por las siguientes razones:

- Para cumplir con las ordenes judiciales o leyes que estemos obligados a seguir;

- Para ayudar a las autoridades policiales a identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
- Si usted ha sido víctima de un crimen y nosotros determinemos que: (1) no se pudo obtener su consentimiento debido a una emergencia o a su incapacidad; (2) las autoridades policiales necesiten esta información de inmediato para llevar a cabo sus actividades policiales; y (3) según nuestro juicio profesional, consideremos que la divulgación a estos funcionarios es lo mejor para usted.
- Si sospechamos que su muerte fue provocada por una conducta criminal;
- Si es necesario informar un crimen que sucedió en nuestra propiedad; o
- Si es necesario denunciar un crimen descubierto durante una emergencia médica fuera del establecimiento (por ejemplo, por parte del personal médico de emergencia en la escena de un crimen).

Prevención de una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad. Podríamos utilizar su información de salud, o de ser necesario, compartirla con terceros para prevenir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad o a la de otra persona o del público. En estos casos, compartiremos su información únicamente con alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Podríamos también divulgar su información de salud a las autoridades policiales si usted nos comunica que ha participado en un crimen violento que pudiera haber causado un daño físico grave a un tercero (a menos que haya admitido el hecho estando en consejería), o si determinamos que se ha fugado de la custodia legal (como ser una cárcel o institución de salud mental).

Actividades de seguridad nacional e inteligencia o servicios de protección. Podríamos revelar su información de salud a funcionarios federales autorizados que estén llevando a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia o brindando servicios de protección al presidente y a otros funcionarios importantes.

Fuerzas armadas y veteranos. Si usted forma parte de las Fuerzas Armadas, podríamos divulgar su información de salud a las autoridades de mando militar adecuadas para las actividades que ellos consideren necesarias para llevar a cabo sus misiones militares. También podríamos revelar información de salud del personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera adecuada.

Presos e instituciones correccionales. Si usted es un preso o si lo detiene una autoridad policial y necesita atención a la salud o si se necesita mantener la seguridad y el orden en el lugar donde usted esté confinado, nosotros podríamos revelar su información de salud a los funcionarios de la cárcel o a las autoridades policiales. Esto incluye compartir la información que sea necesaria para proteger la salud y seguridad de otros presos o personas involucradas en la supervisión o transporte de presos.

Compensación a los trabajadores. Podríamos revelar su información de salud para la compensación a los trabajadores o programas similares que proporcionen beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo.

Jueces de primera instancia e instrucción, examinadores médicos y directores de funerarias. En el desafortunado evento de su muerte, podríamos revelar su información de salud a un juez de primera instancia e instrucción o examinador médico. Esto pudiera ser necesario por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podríamos revelar información a los directores de funeraria, como sea necesario, para que lleven a cabo sus tareas.

Donación de órganos y tejidos. En el desafortunado evento de su muerte, podríamos revelar su información de salud a organizaciones que gestionen o almacenen órganos, ojos u otros tejidos, con el fin de que éstas puedan investigar si es posible una donación o trasplante, según las leyes aplicables.

Estudios de investigación. En la mayoría de los casos, le pediremos una autorización escrita antes de utilizar su información de salud o compartirla con terceros para realizar estudios de investigación. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, podríamos utilizar y divulgar su información de salud sin su autorización escrita siempre que obtengamos la aprobación a través de un proceso especial para garantizar que dicho estudio, el cual no cuenta con

su autorización escrita, posee un riesgo mínimo para su confidencialidad. No obstante, bajo ninguna circunstancia, se les permitirá a los investigadores que utilicen públicamente su nombre o identidad. También podríamos divulgar su información de salud sin su autorización escrita a personas que estén preparando un proyecto futuro de estudios de investigación, siempre que la información que le identifica no salga de nuestro establecimiento. En el desafortunado evento de su muerte, podríamos compartir su información de salud con personas que estén llevando a cabo un estudio de investigación utilizando información de personas fallecidas, siempre que acepten no revelar información alguna fuera de nuestro establecimiento la cual pueda identificarle.

4. Información completa o parcialmente restringida de identificación

Podríamos utilizar o divulgar su información de salud siempre que se haya eliminado todo dato que pueda identificarle, de manera que la información de salud quede “completamente restringida de identificación”. También podríamos revelar información sobre usted “parcialmente restringida de identificación”, siempre que la persona que recibe la información firme un acuerdo para proteger la confidencialidad de la información, según lo ordene la ley federal y estatal. La información de salud parcialmente restringida de identificación *no* contendrá información alguna que pueda identificarle directamente (como ser su nombre, domicilio real, número de seguro social, número telefónico, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección del sitio en la red o número de licencia).

5. Divulgaciones involuntarias

A pesar de todos los pasos razonables que tomaremos para proteger la confidencialidad de su información de salud, ciertas divulgaciones pudieran ocurrir durante o como resultado inevitable de la utilización o divulgación interna permisible de su información de salud. Por ejemplo, durante el curso de una sesión de tratamiento, otros pacientes dentro de esta misma área podrían ver algo u oír por casualidad una charla sobre su información de salud.

DERECHOS DE ACCESO Y CONTROL DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Queremos informarle que usted posee los siguientes derechos de acceso y control de su información de salud. Estos derechos son importantes porque le ayudarán a estar seguro de que su información de salud que se encuentra en nuestro poder es correcta. También le podrían ayudar a controlar la manera en que nosotros utilizamos y compartimos su información con terceros, o la forma en que nos comunicamos con usted sobre sus asuntos médicos.

1. Derecho de inspeccionar y copiar la documentación

Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de cualquier información sobre su salud que podría utilizarse para tomar decisiones sobre usted y sobre su tratamiento, durante el tiempo en que dicha información permanezca en nuestros archivos. Esto incluye documentación médica y de su cuenta. Para revisar u obtener una copia de su información de salud, presente su pedido por escrito a: Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021. En caso de solicitar una copia de su información, se le podría cobrar una tarifa por los costos de copiado, franqueo u otros insumos utilizados para cumplir con su pedido. La tarifa normal es \$0,75 por página y debe pagarse, generalmente, antes o al momento de la entrega de las copias.

Responderemos a su solicitud de inspección de la documentación dentro de un plazo de 10 días. En general, responderemos a las solicitudes para obtener copias dentro de un plazo de 30 días cuando la información se encuentre en nuestro establecimiento y 60 días si se encuentra en otro establecimiento ubicado fuera del área. De necesitar más tiempo para responder a la solicitud para obtener copias, le notificaremos por escrito, dentro del plazo antes mencionado, explicándole el motivo de la demora y cuándo podría esperar una respuesta final a su pedido.

Existen ciertas circunstancias muy limitadas en las que podríamos negar su solicitud para inspeccionar u obtener copia de su información. De existir alguna, le podríamos proporcionar un resumen de su información. Asimismo, le entregaremos un aviso escrito que explique nuestras razones para proporcionarle únicamente un resumen, como así también una descripción completa de sus derechos para hacer revisar dicha decisión y de cómo ejercerlos. Este aviso también incluirá información sobre cómo presentar una queja por estos asuntos con nosotros o con la Secretaría del Departamento de Servicios de Salud y Humanitarios. Si creemos que existe un motivo para negar únicamente una parte de su solicitud, le brindaremos el acceso completo a las partes restantes, luego de excluir la información que no queremos que inspeccione o copie.

2. Derecho de enmienda a la documentación

Si usted cree que su información de salud en nuestro poder es incorrecta o está incompleta, nos puede solicitar una enmienda a la información. Usted tiene el derecho de solicitarnos una enmienda durante el tiempo que su información permanezca en nuestros archivos. Para solicitar una enmienda, escriba a: Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021. La solicitud debe incluir las razones por las cuales usted cree que debemos realizar la enmienda. Por lo general, responderemos a su solicitud en un plazo de 60 días. De necesitar más tiempo para responder, le notificaremos por escrito dentro de un plazo de 60 días, explicándole el motivo de la demora y cuándo podría esperar una respuesta final a su pedido.

Si se niega una parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos un aviso escrito explicándole los motivos por los cuales se tomó dicha decisión. Usted tendrá el derecho de incluir en su documentación cierta información relacionada con su solicitud de enmienda. Por ejemplo, si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá la oportunidad de presentar una declaración explicando su desacuerdo, la cual incluiremos en su documentación. También le proporcionaremos información sobre cómo presentar una queja con nosotros o con la Secretaría del Departamento de Servicios de Salud y Humanitarios. Estos procedimientos se explicarán con más detalle en todo aviso de negación escrito que le enviemos.

3. Derecho a un listado de divulgaciones

Después del 14 de abril de 2003, usted tiene el derecho de solicitar un “listado de divulgaciones”, el cual identifica a ciertas personas u organizaciones a las cuales se le ha cedido su información de salud de conformidad con la ley aplicable y con las protecciones descritas en este Aviso sobre prácticas de confidencialidad. El listado de divulgaciones no describe las maneras en que su información se compartió dentro del hospital, siempre y cuando se hayan cumplido todas las protecciones detalladas en este Aviso sobre prácticas de confidencialidad (como por ejemplo, haber obtenido las autorizaciones requeridas antes de compartir su información de salud con nuestros médicos con el propósito de estudios de investigación).

Un listado de divulgaciones tampoco incluye información sobre las siguientes divulgaciones:

- Divulgaciones que le hicimos a usted o a su representante personal;
- Divulgaciones que hicimos conforme a su autorización escrita;
- Divulgaciones que hicimos para el tratamiento, pago o las operaciones administrativas;
- Divulgaciones realizadas en el listado de pacientes;
- Divulgaciones hechas a sus amigos y familiares involucrados en su atención o en el pago de dicha atención;
- Divulgaciones que fueron involuntarias a los usos y divulgaciones permisibles de su información de salud (por ejemplo, cuando otro paciente que esté pasando escuche por casualidad);

- Divulgaciones de fragmentos limitados de su información de salud que no le identifiquen directamente, con el propósito de estudios de investigación, salud pública o para nuestras operaciones administrativas;
- Divulgaciones hechas a funcionarios federales por seguridad nacional y por actividades de inteligencia;
- Divulgaciones sobre presos a las instituciones correccionales o a las autoridades policiales;
- Divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

Para solicitar un listado de divulgaciones, escriba a: Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021. Su solicitud debe establecer el período de tiempo, dentro de los últimos seis años (pero no antes del 14 de abril de 2003), de las divulgaciones que quiera que incluyamos. Por ejemplo, usted podría solicitar el listado de divulgaciones que hicimos entre el 1 de enero de 2004 y el 1 de enero de 2005. Usted tiene el derecho de recibir un listado sin cargo por cada período de 12 meses. Sin embargo, podríamos cobrarle el costo de todo listado adicional solicitado dentro de un mismo período de 12 meses. Siempre le notificaremos si existe algún costo, para que usted elija si prefiere retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en el gasto.

En general, responderemos a su solicitud de un listado dentro de un plazo de 60 días. De necesitar tiempo adicional para preparar el listado solicitado, le notificaremos por escrito explicándole el motivo de la demora y la fecha en que podría esperar recibir dicho listado. En casos excepcionales, podríamos necesitar demorar la entrega de su listado sin notificarle por petición de una autoridad policial o agencia gubernamental.

4. Derecho a solicitar protección de confidencialidad adicional

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales a la manera en que utilizamos y divulgamos su información de salud para atenderlo por una condición, recolectar el pago por dicho tratamiento o llevar a cabo nuestras operaciones administrativas. Usted también podría solicitar que limitemos la divulgación de su información a sus familiares o amigos involucrados en su atención. Por ejemplo, usted puede solicitar que no divulguemos información sobre una cirugía que tuvo. Para solicitar las restricciones, escriba a: Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021. Su solicitud debe incluir (1) qué información quiere limitar, (2) si usted quiere limitar ya sea, cómo nosotros utilizamos la información, cómo la compartimos con terceros, o ambas; y (3) a quiénes desea que se apliquen los límites.

No estamos obligados a acceder a su solicitud de restricción y en algunos casos, la restricción solicitada podría no estar permitida por ley. *Sin embargo, si accedemos, estaremos comprometidos por nuestro acuerdo a menos que se necesite la información para brindarle tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley.* Una vez que hayamos accedido a la restricción, usted tiene el derecho de revocarla en cualquier momento. Bajo ciertas circunstancias, nosotros también tendremos el derecho de revocar la restricción siempre que le notifiquemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de poder revocar la restricción.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos médicos de una manera más confidencial, pidiendo que lo hagamos por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, usted podría solicitar que nos contactemos con usted en su hogar en lugar de en su trabajo. Para solicitar comunicaciones más confidenciales, escriba a: Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021. *No preguntaremos el motivo de su solicitud y trataremos de complacer todos los pedidos razonables.* Especifique en su solicitud cómo y dónde desea que se le contacte y cómo se manejará el pago por su atención médica si nos comunicamos con usted a través de este método o lugar alternativo.

Acuse de recibo del Aviso sobre prácticas de confidencialidad

El respeto a la confidencialidad de la información de nuestros pacientes ha sido altamente valorado en el Hospital para Cirugías Especiales (Hospital for Special Surgery). No es solamente lo que nuestros pacientes esperan, sino la manera correcta de administrar la atención a la salud. Según lo requiere la ley, nosotros protegeremos la confidencialidad de la información de la salud que pudiese revelar su identidad y le entregaremos una copia de nuestro aviso, el cual describe las prácticas de confidencialidad de la información de salud de nuestro hospital y de su personal médico como así también de los proveedores de la salud afiliados cuando brindan servicios médicos para nuestro hospital. Se colocará una copia del aviso vigente en el área de entrada principal y una versión resumida en los distintos establecimientos del hospital. Usted también podrá obtener su propia copia ya sea visitando nuestro sitio en la red www.hss.edu, llamando a la Administración de Información de Salud al (212) 606-1254 o solicitando una copia en su próxima visita.

Con mi firma a continuación, reconozco que se me proporcionó una copia de este Aviso sobre prácticas de confidencialidad y por lo tanto, he sido notificado de cómo el hospital podría utilizar y divulgar mi información de salud, como así también cómo yo podría obtener acceso y control a la misma. Asimismo, reconozco y entiendo que podría solicitar copias adicionales de los formularios de autorización necesarios para brindar protecciones especiales de confidencialidad aplicables a la información relacionada al VIH, al tratamiento de alcoholismo y abuso de sustancia, a la salud mental e información genética. Por último, mediante mi firma a continuación, doy mi consentimiento para la utilización y/o divulgación de mi información de salud para atenderme y para que se disponga mi atención médica, para solicitar y recibir el pago por los servicios brindados como así también para las operaciones administrativas del hospital y de su personal.

Copia para el paciente

Firma del paciente o de su representante personal

Escriba el nombre del paciente o de su representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal

Fecha

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o quisiera más información, comuníquese con el Funcionario de Confidencialidad al (212) 774-7500.

For Office Use Only (Para uso administrativo únicamente): If the patient does not sign this acknowledgement and consent form, record here the good faith efforts made to obtain this acknowledgement and consent.

Esta página es su copia del recibo y consentimiento que se le solicitó firmar cuando se le entregó por primera vez este aviso.