

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERAS SE PUEDE USAR Y ENTREGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO USTED A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON DETENIMIENTO.

I. Quiénes somos

Hunterdon Healthcare está afiliado o asociado a numerosos proveedores de servicios de salud. Este Aviso rige para Hunterdon Healthcare y las siguientes personas y entidades con las que tenemos un acuerdo de participación en atención de la salud organizada con nosotros:

- Profesionales de la salud autorizados para ingresar información en su historia clínica de Healthcare.
- Miembros de nuestro personal médico, empleados, voluntarios, pasantes, estudiantes y demás personal que brinde servicios en Hunterdon Healthcare o en cualquiera de nuestros centros de salud afiliados o asociados.
- Todos los departamentos y unidades de Hunterdon Healthcare, incluidos los consultorios de atención ambulatoria.
- Todos los demás centros de atención de pacientes que pertenecen o están administrados por Hunterdon Healthcare, y todo el personal médico, los empleados, voluntarios, residentes, estudiantes y demás personal que brinda servicios en estos centros de atención.

Para obtener una lista actualizada de los proveedores de Hunterdon Healthcare sobre quienes rige este Aviso, visite nuestro sitio web en www.hunterdonhealthcare.org o llame a nuestro servicio de remisión de médicos al (800) 511-4462.

Hunterdon Healthcare también participa en redes electrónicas de intercambio de información médica (IIM), que incluyen "Hunterdon Healthy Connections" y "Jersey Health Connect". Este Aviso describe de qué manera sus proveedores autorizados pueden tener acceso y compartir su información médica por vía electrónica a través de una red de IIM.

Hunterdon Healthcare acata todas las leyes federales sobre derechos civiles pertinentes, y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-908-788-6144 (TTY: 1-908-788-6556).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-908-788-6144 (TTY: 1-908-788-6556)。

II. Nuestras obligaciones con respecto a la privacidad

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica ("información médica protegida" o "IMP") y que le entreguemos este Aviso de nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su IMP. Cuando usamos o revelamos su IMP estamos obligados a cumplir los términos de este Aviso (u otro aviso vigente en el momento en que usemos o revelemos la información).

III. En qué casos podemos usar y entregar su IMP sin su autorización por escrito

Hunterdon Healthcare puede usar y entregar su IMP sin su autorización por escrito con los siguientes fines:

- A. **Actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica.**
- **Tratamiento** Podemos usar y entregar su IMP para brindarle tratamiento y otros servicios de salud, por ejemplo para diagnosticarle y tratarle una lesión o enfermedad.

Como parte de su tratamiento, su IMP puede compartirse con personas y entidades que están afiliadas o asociadas a Hunterdon Healthcare. Además, podemos ponernos en contacto con usted para recordarle de citas o darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. También podemos dar su IMP a otros proveedores que intervienen en su tratamiento.

- **Pagos.** Podemos usar y entregar su IMP para cobrar los servicios que le brindamos, por ejemplo para reclamar y recibir el pago de su seguro de salud, HMO u otra compañía que coordine o pague el costo de toda su atención médica o una parte de ella, a fin de verificar que pagarán su atención médica.
- **Actividades de atención médica.** Podemos usar y revelar su IMP para actividades relacionadas con su atención médica. Por ejemplo, podemos usar su IMP para evaluar la calidad y la idoneidad de nuestros médicos, enfermeros y otros profesionales y trabajadores de la salud.
- B. **Socios comerciales** Podemos revelar su IMP a personas que desempeñan cargos, realizan actividades o nos prestan servicios a nosotros o en nuestro nombre, que requieran usar o revelar su IMP. Para proteger su información médica, exigimos al proveedor que salvaguarde debidamente su información.
- C. **Actividades de salud pública.** Podemos revelar su IMP para actividades de salud pública, como a una autoridad de salud pública u otra autoridad del gobierno autorizada por la ley para recibir la información (p. ej., la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU).
- D. **Víctimas de maltrato, abuso sexual o descuido.** Si creemos que usted es una víctima de maltrato, abuso sexual o descuido, podemos entregar su IMP a una autoridad del gobierno, incluso a una agencia de servicios sociales o servicios de protección que esté autorizada a recibir denuncias de maltrato, abuso sexual o descuido.
- E. **Actividades de supervisión de la atención médica.** Podemos entregar su IMP a una agencia encargada de supervisar la atención médica y que es responsable de asegurarse de que se cumplan las reglas de los programas del gobierno, como Medicare o Medicaid, y las leyes relacionadas con los derechos civiles.
- F. **Procesos judiciales y administrativos.** Podemos entregar su IMP durante el curso de un proceso judicial o administrativo en cumplimiento de una orden judicial u otro proceso legal.
- G. **Autoridades encargadas de hacer cumplir las leyes.** Podemos entregar IMP limitada a la policía u otros funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes según lo exigen o permiten las leyes o en cumplimiento de una orden judicial o una citación administrativa o de un gran jurado.
- H. **Difuntos.** Podemos dar su IMP a un director funerario o médico forense según lo autoricen las leyes.
- I. **Obtención de órganos y tejidos.** Podemos entregar su IMP a organizaciones que faciliten la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- J. **Investigaciones.** Podemos usar o entregar su IMP con fines de investigación con su consentimiento o bien le pediremos a nuestro Comité Institucional de Revisión (Institutional Review Board) que apruebe una exención de autorización

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERAS SE PUEDE USAR Y ENTREGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO USTED A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON DETENIMIENTO.

para entregarla. La exención de autorización dependerá de que el comité de revisión se asegure de que los investigadores protegerán su IMP de la manera adecuada.

M. Prevención de una amenaza para la salud y la seguridad.

Podemos, de conformidad con las leyes pertinentes y las normas de conducta ética, usar o entregar su IMP para prevenir o reducir una amenaza seria o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

L. **Funciones especializadas del gobierno.** Podemos usar y entregar su IMP a unidades del gobierno que cumplen funciones especiales, como las Fuerzas Armadas o del Departamento de Estado de EE. UU. en ciertas circunstancias.

M. **Indemnización al trabajador.** Podemos entregar su IMP en la medida que sea necesario y tal como lo autoricen las leyes del estado relacionadas con el programa de indemnización al trabajador (Worker's Compensation) u otros programas similares.

N. **Según lo exijan las leyes.** Podemos usar y entregar su IMP cuando así lo requiera una ley federal o estatal.

IV. En qué casos puede usted dar su acuerdo u oponerse a que usemos y entreguemos su IMP

A. Directorio de pacientes en Hunterdon Healthcare.

Podemos incluir su nombre, el lugar donde usted se encuentra en , su estado de salud general (p. ej., regular, estable, etc.) y su religión en un directorio de pacientes. La información que contiene el directorio puede darse a cualquier persona que pregunte por usted por su nombre y a jefes religiosos (sacerdotes, pastores, rabinos, etc.), pero su religión solamente se revelará a jefes religiosos.

B. **Familiares, amigos cercanos y otros acompañantes.** A menos que usted se oponga, podemos revelar a un familiar directo, otro pariente, un amigo íntimo o cualquier otra persona que usted identifique, ya sea verbalmente o por escrito, cualquier IMP que esté relacionada directamente con la participación de esa persona en la atención de su salud. Si usted está incapacitado de dar su acuerdo u oponerse a dicha entrega de información, podemos revelarla, según sea necesario, si determinamos, según nuestro criterio profesional, que es lo mejor para usted. Podemos usar o revelar su IMP para notificar o ayudar a notificar el lugar donde usted se encuentra y su estado de salud general a un familiar, representante personal o alguna otra persona que sea responsable de su atención.

V. En qué casos se requiere su autorización por escrito para usar o entregar su IMP

A. **En general, para todos los demás usos y entregas.** Para cualquier otro fin que no sea uno de los descritos en este Aviso, podemos usar o entregar su IMP solo con su autorización por escrito. Usted puede revocar su autorización por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida que ya hayamos actuado basándonos en la autorización.

B. **Marketing.** Debemos obtener su Autorización HIPAA firmada antes de usar o entregar su IMP para la mayoría de los materiales de marketing.

C. **Venta de su IMP.** Debemos obtener su autorización por escrito para entregar su IMP si esto constituye una venta de su IMP.

D. **Comentarios de psicoterapia:** Debemos obtener su autorización por escrito para la mayoría de los usos y entregas de comentarios de psicoterapia.

E. **Información sobre la salud conductual y mental.** Deberá firmar un formulario de consentimiento que cumpla lo establecido por las leyes y que le pregunte específicamente si podemos entregar información relacionada con su salud conductual o mental antes de que podamos entregar esta información relacionada con su atención en Hunterdon. No obstante, hay ciertos fines para los cuales podemos dar legalmente información sobre su salud conductual o mental.

F. **Información relacionada con el VIH/sida.** Antes de que podamos entregar alguna información relacionada con el VIH/sida sobre usted, deberá firmar un formulario de consentimiento que le pregunte específicamente si podemos dar información relacionada con el VIH/sida sobre usted. Sin embargo, la ley nos permite revelar su información relacionada con el VIH/sida en ciertas circunstancias sin tener que pedir antes su consentimiento firmado.

G. **Información genética.** Antes de que podamos dar cualquier dato genético específico (por ejemplo, una muestra de ADN) sobre usted, debe firmar un formulario de consentimiento que le pregunte específicamente si podemos dar su información genética. Sin embargo, las leyes federales y estatales nos permiten entregar su información genética en ciertas circunstancias sin tener que pedir antes su consentimiento.

H. **Información sobre la tuberculosis.** Si padece de tuberculosis, antes de que podamos entregar alguna información relacionada con la tuberculosis, deberá firmar un formulario de consentimiento que le pregunte específicamente si podemos dar información relacionada con su tuberculosis. Sin embargo, la ley nos permite revelar su información relacionada con la tuberculosis en ciertas circunstancias sin tener que pedir antes su consentimiento firmado.

I. **Expedientes de un programa de abuso de sustancias.** Los expedientes médicos creados como parte de un programa de tratamiento para alcoholismo y drogadicción protegido por las leyes y reglamentaciones federales denominadas "Parte 2" deben permanecer confidenciales. En general, no podemos decirle a una persona ajena a nuestros establecimientos o programas contemplados en la "Parte 2" que un paciente asiste a dicho establecimiento o programa ni revelar ninguna información que identifique a dicho paciente como alcohólico o adicto a las drogas, a menos que el paciente consienta específicamente a ello por escrito, una orden judicial lo permita o que la información se entregue a personal médico en una situación de emergencia médica o a personal calificado para realizar investigaciones, auditorías o evaluación de programas.

VI. Sus derechos con respecto a su IMP

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su IMP, que se explican a continuación. Usted puede ejercer estos derechos enviando un pedido por escrito a nuestro funcionario de Privacidad.

A. **Derecho a solicitar restricciones.** Usted puede solicitar restricciones en cuanto al uso y la entrega de su IMP. Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni entreguemos la totalidad o una parte de su IMP con fines de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede pedir que no se entregue

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERAS SE PUEDE USAR Y ENTREGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO USTED A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON DETENIMIENTO.

su IMP a familiares o amigos que se ocupen de su atención o con los fines de notificación que se describen en este Aviso. Su pedido debe indicar específicamente la restricción que solicita y a quién quiere que se aplique dicha restricción. Si bien consideraremos cuidadosamente todos los pedidos de restricciones, no tenemos la obligación de acceder a una restricción solicitada, excepto que debemos aceptar no entregar su IMP a su plan de salud si dicha entrega (1) es con fines de pago o para actividades de atención médica y no la exige la ley, y (2) se refiere a un artículo o servicio de atención médica que usted ha pagado en su totalidad “de su propio bolsillo”. Le enviaremos una respuesta por escrito. Si aceptamos las restricciones solicitadas, cumpliremos su pedido a menos que la IMP se necesite para un tratamiento de emergencia.

B. Derecho a pedir que las comunicaciones sean confidenciales.

Usted puede pedir que nos comuniquemos con usted de una determinada manera o en un determinado lugar. Aceptaremos todos los pedidos razonables. También podemos condicionar nuestra aceptación pidiéndole información sobre cómo se realizará el pago o pidiéndole que especifique una dirección alternativa u otro medio de ponernos en contacto.

C. Derecho a pedir una copia de su información médica. Si desea ver o recibir una copia electrónica o impresa de IMP suya contenida en un archivo designado (p. ej., archivos médicos o de facturación), estamos obligados a brindarle acceso a dicha IMP para que la examine y la copie. Es posible que le cobremos un cargo razonable cubrir costos de duplicación, franqueo postal y otros costos incurridos por nosotros para cumplir su pedido. Además, hay situaciones en las que podemos denegarle el pedido de acceder a su IMP. Por ejemplo, podemos denegarle el pedido si creemos que eso pondrá en peligro su vida o la vida de otra persona. Según cuáles sean las circunstancias de la denegación, usted podría tener derecho a que se revea la decisión.

D. Derecho a pedir una enmienda. Usted tiene derecho a pedir que enmendemos la IMP suya que mantenemos en un archivo designado (p. ej., archivos de facturación médica). Cumpliremos su pedido a menos que consideremos que la información que desea que se corrija está correcta y completa o si existe alguna otra circunstancia especial.

E. Derecho a pedir un informe de las entregas de información. Si lo pide, puede obtener un informe de ciertas entregas de su IMP que hayamos hecho. Ese derecho solo se aplica a entregas realizadas con otros fines que no sean actividades relacionadas con tratamiento, pago o atención médica según se describen en este Aviso. También excluye entregas que le hayamos hecho a usted, familiares o amigos que se ocupen de su atención. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones. Debe especificar un lapso de tiempo, el que no puede ser mayor de 6 años. Puede solicitar un período más corto. Si pide un informe más de una vez durante un período de doce (12) meses, es posible que le cobremos un cargo razonable por costos de mano de obra, suministros y franqueo postal hasta el máximo permitido por la legislación vigente.

F. Derecho a que se le notifique tras una falla en la seguridad de su IMP. Estamos obligados por ley a avisarle si usted se vio afectado por una falla en la seguridad de su IMP.

G. Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Si la pide, puede obtener una copia impresa de este Aviso, aunque ya haya aceptado recibirla por vía electrónica.

H. Derecho a que no le enviemos comunicaciones para recaudar fondos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted con el fin de recaudar fondos. Usted tiene derecho a solicitar no recibir estas comunicaciones.

I. Opción de no participar en las redes de intercambio de información médica (IIM). Hunterdon Healthcare participa en redes de IIM que permiten compartir información por vía electrónica a través de una red conectada segura. Sus proveedores de servicios de salud que participan en estas redes de IIM pueden tener la oportunidad de acceder por vía electrónica a su información médica pertinente con fines de *tratamiento, pago y ciertas actividades relacionadas con la atención médica*. Si no desea que los médicos, enfermeros y demás profesionales que se ocupan de su atención compartan su IMP por vía electrónica a través de una red de IIM, usted tiene derecho a elegir que no lo hagan. Encontrará las instrucciones para elegir no participar en una red de IIM en particular en: <http://www.hunterdonhealthcare.org/opting-out/>. Si decide que no se utilice una red de IIM, su información ya no podrá compartirse por vía electrónica a través de dicha red; no obstante, esto no afectará la manera en que su información normalmente se consulta y entrega de conformidad con este Aviso y las leyes. Hunterdon Healthcare no permite que se acceda a IMP que incluya información sobre la salud mental y conductual de un paciente internado ni a cierta información sobre la salud ocupacional a través de las redes de IIM. Esta información igual podrá usarse y entregarse de conformidad con este Aviso y con las leyes, pero no se podrá acceder a ella por vía electrónica a través de las redes de IIM, aunque usted no elija no participar en las redes de IIM.

VII. Quejas

Si desea más información sobre sus derechos a la privacidad, le preocupa que hayamos violado sus derechos a la privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su IMP, puede ponerse en contacto con la Oficina de Privacidad utilizando la información de contacto que se proporciona a continuación. También puede enviar una queja por escrito al director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a: Director, Office of Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services, Jacob Javits Federal Building, 26 Federal Plaza, Suite 3312, New York, NY 10278.

VIII. Fecha de vigencia y duración de este Aviso

A. Fecha de vigencia. Este Aviso rige a partir del 26 de octubre de 2016.

B. Derecho a que se cambien los términos de este Aviso.

Podemos cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, podemos hacer que los nuevos términos del Aviso rijan sobre toda la IMP que guardamos, incluso cualquier información creada o recibida antes de que se emita el nuevo aviso. Si cambiamos este Aviso, exhibiremos el nuevo aviso en todas las áreas de espera y en nuestro sitio web.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERAS SE PUEDE USAR Y ENTREGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO USTED A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON DETENIMIENTO.

IX. Funcionario de Privacidad (Privacy Officer)

Puede ponerse en contacto con el funcionario de Privacidad en:
Privacy Officer, Hunterdon Healthcare, Corporate Compliance
Dept.
2100 Wescott Drive, Flemington, NJ 08822
Teléfono: (908) 237-5478 Correo electrónico:
compliance.office@hhsnj.org

