

Nassau Health Care Corporation
Nassau University Medical Center
A. Holly Patterson Extended Care Facility
Community Health Centers

Aviso de Practicas de Privacidad para Información de Salud
Protegida

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE INFORMACIÓN SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CON CUIDADO.

Nassau Health Care Corporation y sus entidades componentes (juntamente, "NHCC") son dedicadas a proteger su información medica. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de información medica. También tenemos que darle a usted con este Aviso, nuestras obligaciones legales y practicas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Este aviso es aplicado a todos los documentos de su cuidado generados por NHCC, tanto hechos por los trabajadores del hospital o su doctor personal en cualquiera de nuestros centros. Su doctor personal puede tener diferentes pólizas o avisos acerca del uso y revelación sobre su información medica creada en la oficina o clínica de él o ella. Si NHCC cambia los términos de este aviso, colocara un aviso corregido en todos sus centros y ara copias (en papel) de este Aviso disponibles al pedir las, tanto como poner a la fecha su local en el Internet.

Como Su Información Medica Será Usada y Revelada:

NHCC usara su información medica como parte en darle cuidado al paciente. Su información medica puede ser usada para dar tratamiento, pago, o en funciones del cuidado de salud. Sobre tratamiento, podemos usar información medica suya para darle a usted cuidado medico o servicios. Podemos revelar información medica suya a doctores, enfermeras, técnicos, y otro personal de NHCC envuelto en darle cuidado. También podemos revelar información medica sobre usted a personas fuera de NHCC que puede estar envuelta en su cuidado medico. Sobre el pago, podemos usar y revelar información medica suya tal que el tratamiento y los servicios que usted recibe con NHCC puedan ser cobrados y pago colectado de usted, una compañía de seguro, o una tercera parte. Por ejemplo, podemos necesitar darle a su plan de salud información sobre un procedimiento que usted le hizo con NHCC para que su plan de salud le pague directamente a NHCC o le reembolse a usted por el procedimiento.

Sobre las operaciones del cuidado de salud, podemos usar y revelar información medica suya para propósitos necesarios para el manejo de los centros de NHCC y asegurar que todos nuestros pacientes reciban cuidado de calidad.

También, su información medica puede ser compartida entre centros constituyentes de NHCC: Por ejemplo, entre los Centros de Salud de la Comunidad (las clínicas) y Nassau University Medical Center (el hospital.)

NHCC también puede usar y/o revelar su información medica de acuerdo con las leyes federales y del estado para los siguientes propósitos:

- ◆ Para hacerle recuerdos de sus citas o información sobre sus alternativas de tratamiento o otros beneficios relaciones con salud y servicios que puedan ser de interés a usted.
- ◆ Para contactarle para recaudar fondos, amenos que usted se oponga.
- ◆ Cuando es requerido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (US) o como parte de una investigación o para determinar si NHCC esta cumpliendo con las leyes pertinentes.
- ◆ Amenos que usted se oponga, NHCC incluyera información general en sus directorios de individuos, incluyendo su nombre, lugar en tal centro, su condición descrita en términos generales, su afiliación religiosa. La información en el directorio, con la excepción de su afiliación religiosa, será entregada a personas quienes preguntan por usted por nombre. Su afiliación religiosa puede ser dada a miembros del clérigo, aunque no pregunten por usted por nombre.
- ◆ Amenos que usted se oponga, NHCC puede revelar a miembros de familia, otros parientes, o amigos íntimos, información medica directamente relacionada con el involucramiento de su cuidado. NHCC puede también revelar información a un individuo que ayuda a pagar por su cuidado.
- ◆ Amenos que usted se oponga, NHCC puede usar o revelar su información medica para notificar a un miembro de familia, un representante personal, o a otra persona

responsable por su cuidado, de su sitio, condición general, o muerte.

Otros usos y/o revelaciones de su información medica incluyen:

- ◆ A una entidad publica o privada para el propósito de coordinar con tal entidad en esfuerzos de asistencia de alivio en caso de un desastre.

- ◆ Para actividades de salud publicas, incluyendo reportar sobre enfermedad, herida, incidentes vitales, y el manejo de vigilancia de salud publica, investigación y/o intervención, o una agencia vigilante de salud para supervisar actividades autorizadas por ley, incluyendo auditorios, investigaciones, inspecciones, dar licencia o acciones disciplinarias, y procedimientos administrativos y/o legales.

- ◆ En el curso de ciertos procedimientos judiciales o administrativos. Si tiene una disputa con NHCC, o ha hecho un reclamo o una demanda contra NHCC, podemos revelar información medica suya a abogados, investigadores, y compañías de seguro representando los intereses de o asegurando a NHCC. También podemos revelar su información medica respondiendo a una orden de corte o administrativa. Podemos también revelarla en respuesta a una citación, un pedido de descubrimiento, o otro proceso legal por alguien mas que este envuelto en la disputa, pero solamente si esfuerzos se han hecho para aconsejarle sobre el pedido o para obtener una orden protegiendo la información pedida.

- ◆ Para el propósito de esforzar leyes federales, estatales, o locales, o otras funciones especializadas del gobierno, en los siguientes: 1) en respuesta a una orden de la corte, citación, orden de detención, citatorios, o procesos similares; 2) para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo sustancial, o una persona desaparecida; 3) sobre un (a) victimo (a) de un crimen, bajo ciertas circunstancias limitadas, si es que no podemos obtener el acuerdo de tal persona; 4) sobre una muerte que creemos ser resultada de una conducta criminal; 5) sobre una conducta criminal en NHCC; Y 6) en circunstancias de emergencia, para reportar un crimen, el sitio donde ocurrió el crimen o el lugar donde se encuentran los (las) victimos (as), o la identidad, descripción, o donde se encuentra la persona quien cometió el crimen.

- ◆ A un medico forense, examinador medico, o un director de funerales.

- ◆ A una organización de donación y obtención de órganos, si es que usted es un (a) donador (a) de órganos.

- ◆ Para ciertos propósitos de búsquedas, si es que el proyecto ha sido revisado y aprobado por un proceso que balancee las necesidades de la investigación con los intereses privados del paciente. Pediremos su permiso para participación en cualquier estudio de búsqueda, cuando sea aplicable.

- ◆ Para prevenir o reducir la seriedad de amenaza a la salud o la seguridad de otra persona o al publico. Cualquier revelación, sin embargo, será dada solamente a alguien que pueda prevenir dicha amenaza.

- ◆ Como autorizada por leyes relacionadas con compensación a trabajadores o programas similares.

- ◆ Como es requerido por autoridades de mando militar domesticas o extranjeras, si es que es miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o de un país extranjero.

- ◆ Como autorizadas por leyes relacionadas a la inteligencia, contra-inteligencia, y otras actividades nacionales de seguridad.

- ◆ Para oficiales federales autorizados para la protección del Presidente, otras personas autorizadas, o cabezas de estado extranjeras, o la conducción de investigaciones especiales.

- ◆ Para obtener pago sobre los servicios de cuidado de salud que le demos. Esto puede incluir revelación a su plan de seguro de salud, y divulgación a una tercera parte con respecto a pago a tal parte.

NHCC no usara o revelara su información medica para ningún otro propósito sin tener, por escrito, su permiso. Una vez que es entregado, usted puede retirar su permiso, por escrito, en cualquier tiempo. Sin embargo, no podemos retirar ninguna revelación que ya hemos hecho con su permiso. Estamos obligados a mantener documentos sobre los servicios del cuidado de su salud que le hemos rendido.

Sus Derechos Sobre Su Información Medica:

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información medica suya que nosotros mantenemos:

El Derecho de Inspeccionar y Copiar:

Tiene el derecho de inspeccionar y hacer copias de información medica que puede ser usada para hacer decisiones sobre su cuidado. Tal información es contenida en un expediente designado para el tiempo que mantengamos la información medica. El "expediente designado" contiene documentos médicos y de cobro y cualquier otros documentos necesarios para hacer decisiones sobre su cuidado. Usualmente, este no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar información medica que puede ser usada para hacer decisiones sobre su cuidado, puede pedirlos por escrito a Medical Records Department, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente en A. Holly Patterson Extended Care Facility ("AHP"), tiene que someter su pedida por escrito a Medical Records Department, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted pide una copia de la información, podemos cobrarle una cuota por los costos de copiar, mandar por correo, o materiales asociados con su pedido. Podemos negar su pedido de inspeccionar y copiar, en ciertas pocas y limitadas circunstancias. Si se le niega acceso a tal información medica, usted puede

pedir que su rechazo sea revisado. Otro profesional licenciado en cuidado de salud, escogido por NHCC, revisara su pedido y el rechazo. La persona haciendo el reviso no será la persona que negó su pedido. Nosotros cumpliremos con el resultado de este reviso.

Derecho a Corregir. Si usted cree que la información medica que nosotros tenemos sobre usted esta incorrecta o incompleta, usted puede pedir que nosotros arreglemos la información. Tiene el derecho de pedir una corrección por la duración que NHCC mantenga o se le guarde la información. Para pedir una corrección, su pedida debe ser hecha por escrito y mandada a Medical Records Department, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554.

Su usted es residente de AHP, debe de someter su pedido por escrito a Medical Records Department, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Adicionalmente, tiene que dar una razón que soporte su pedido.

Podemos rechazar su pedido para corrección, si no esta por escrito o si no esta incluida una razón que soporte su pedido. También, podemos rechazar su pedido si usted pide que cambiemos información que:

- ◆ No fue creada por nosotros, amenos que la persona o entidad que creo la información ya no esta disponible para hacer las correcciones;
- ◆ No es parte de la información mantenida por o para NHCC; o
- ◆ No es parte de la información que usted estaría permitido (a) a inspeccionar o copiar.

Derecho a una Explicación sobre las Revelaciones. Usted tiene el derecho de pedir una “explicación de las revelaciones.” Esta es la lista de revelaciones que nosotros hemos hecho sobre su información medica. Sin embargo, usted no tiene derecho sobre revelaciones hechas: 1) relacionadas a tratamiento, pago, o funciones del cuidado de salud de NHCC, 2) a usted, 3) a personas envueltas en su cuidado o como permitido en lo escrito anteriormente, 4) cumpliendo a una autorización, 5) para seguridad nacional o propósitos de inteligencia, 6) para instituciones correccionales o oficiales de imposiciones de leyes, 7) como parte de un limitado grupo de datos, o 8) antes del 14 de abril, 2003.

Para pedir esta lista o cuenta de revelaciones, tiene que someter su pedida por escrito a Medical Records Department, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es paciente en AHP, tiene que someter su pedido por escrito a Medical Records Department, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Su pedida debe tener un periodo de tiempo, que no puede ser mas de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril, 2003. Su pedido debe de decir en que forma usted quiere la lista (por ejemplo, en papel o electrónico). La primera lista que usted pida entre el periodo de 12 meses será gratis. Para listas

adicionales, podemos cobrarle una cuota por los gastos de entregarle la lista. Le notificaremos del costo envuelto y usted puede decidir retirar o modificar su pedido en este tiempo antes de acumular cualquier costo.

Derecho a Pedir Restricciones. Tiene el derecho de pedir una restricción o limitación sobre su información medica que usemos o revelemos para tratamiento, pago, o funciones del cuidado de salud. También, tiene el derecho de pedir un limite en su información medica que nosotros podemos revelar a alguien envuelto en el cuidado suyo o en el pago de su cuidado, así como un miembro de familia o un amigo (a). Por ejemplo, usted puede pedir que no revelemos información sobre una cirugía que usted tuvo.

No se nos requiere estar de acuerdo con su pedida. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su pedida amenos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia, o como sea permitido por la ley.

Para pedir restricciones, tiene que hacer su pedido por escrito al (Oficiaría de Contacto en la Oficina de Representante del Paciente) Contact Officer, Office of the Patient Representative, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554, con una copia para el (Oficiaría de Privacidad) Privacy Officer a la misma dirección. En su pedido, nos debe decir, (1) cual información usted quiere limitar; (2) si usted quiere limitar nuestro uso, revelación, o las dos cosas; y (3) a quien usted quiere aplicar estos limites - por ejemplo, revelaciones a su esposo (a.)

Derecho de Pedir Comunicaciones Alternas. Tiene el derecho de pedir que nosotros nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en ciertos sitios. Por ejemplo, usted puede pedirnos que solo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo.

Para pedir comunicaciones alternas, puede obtener una forma para este propósito, al presentar una identificación valida, en Nassau University Medical Center, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554; o de AHP a Medical Records Department, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553; O de su (clínica) Community Health Center a Medical Records Department (Departamento de Expedientes Médicos) de tal clínica. No le preguntaremos la razón de su pedido. Le acomodaremos con todas pedidas razonables. Su pedido tiene que especificar como y adonde usted quiere ser contactada.

Derecho a Recibir una Copia (en Papel) por Escrito de este Aviso. Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Usted nos puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haga recibido una copia de este aviso en nuestro sitio en el Internet, todavía tiene derecho a una copia escrita, en papel, de este aviso. Puede

obtener una copia de este aviso en el Internet, en www.numc.edu. Para obtener una copia escrita (en papel) de este aviso, tiene que pedirla por escrito al Contact Officer in the Office of the Patient Representative, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554, con una copia para Privacy Officer en la misma dirección.

Quejas:

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede hacer una queja con NHCC y/o Secretary of the Department of Health and Human Services (Secretaría {o} del Departamento de Salud y Servicios Humanos.) Para hacer una queja con NHCC, contacte al Contact Officer in the Office of the Patient Representative, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554, numero de teléfono (516) 572-5714, con una copia para Privacy Officer. Todas quejas tienen que ser sometidas por escrito.

No será penalizada por hacer una queja.

Otros usos de Información Medica:

Otros usos y revelaciones de información medica que no están cubiertas por este aviso o las leyes que son aplicables a nosotros, se harán solamente con su permiso, por escrito. Si usted nos da su permiso para usar o revelar información medica suya, usted puede revocar este permiso, por escrito, en cualquier tiempo. Si usted retira su permiso, ya no usaremos o revelaremos información medica suya por las razones dichas en su autorización escrita.

Entienda que no podemos retirar ningunas revelaciones que ya hemos hecho con su permiso, y que estamos obligados a retener nuestros documentos sobre el cuidado que le hemos dado.

ESTE AVISO ES EFECTIVO A PARTIR DEL 14 DE ABRIL, 2003.

EL PACIENTE TIENE QUE FIRMAR LA DECLARACIÓN DE HABER RECIBIDO ESTE AVISO.

**DECLARACIÓN DE HABER RECIBIDO ESTE AVISO DE
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Fecha: _____, New York
_____, 20__

Firma del Paciente o Representante
Nombre del Paciente (En Letra de Molde): _____
Nombre de Representante Personal: _____
(En Letra de Molde) (Si es Aplicable)
Relación al Paciente: _____
(Si es Aplicable)