

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha efectiva: 4 de septiembre de 2018

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. SÍRVASE REPASARLO CUIDADOSAMENTE.

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de la información médica que puede divulgar su identidad, y a proporcionarle una copia de este aviso, que describe las prácticas de privacidad de la información médica de nuestro grupo médico, su personal médico y proveedores afiliados de atención médica que en conjunto realizan servicios de atención médica con nuestro grupo médico, inclusive médicos y grupos de médicos que proporcionan servicios en nuestras instalaciones. Siempre habrá una copia de nuestro aviso actual fijada en todos los puntos de registración y/o ingreso. También puede obtener una copia en nuestro [sitio web](#), a través de [myACPNY](#), nuestro portal seguro de pacientes, o solicitar una copia a cualquier miembro del personal o llame a la oficina administrativa del centro médico donde recibe su atención.

*Si tiene preguntas acerca de este aviso, o quisiera más información, comuníquese con las personas citadas arriba.*

### **QUÉ INFORMACIÓN MÉDICA ESTÁ PROTEGIDA**

Tenemos el compromiso de proteger la privacidad de la información que recopilamos acerca de usted mientras proporcionamos servicios relacionados con la salud. Algunos ejemplos de la información médica protegida incluyen información que indica que usted es un paciente de nuestro grupo médico o recibe servicios relacionados con la salud de nuestras instalaciones, información acerca de su estado de salud, información genética o información acerca de sus beneficios de atención médica bajo un plan de seguro, cada uno al combinarse con información de

identificación, por ejemplo, su nombre, número de seguro social, dirección o número de teléfono.

### **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Por lo general, obtendremos su autorización por escrito antes de usar su información médica o compartirla con terceros fuera de nuestro grupo médico. Hay ciertas situaciones en las cuales debemos obtener su autorización por escrito antes de usar su información médica o compartirla, entre ellas:

**Notas de psicoterapia.** No podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia, en su caso, sin su autorización por escrito.

**Mercadeo.** No podemos divulgar ninguna parte de su información médica para fines de mercadeo si nuestro grupo médico recibirá remuneración financiera directa o indirecta no razonablemente relacionada con el costo para nuestro grupo médico de hacer la comunicación.

**Venta de Información Médica Protegida.** No venderemos su información médica protegida a terceros. No obstante, la venta de información médica protegida no incluye una divulgación para fines de salud pública, para fines de investigación cuando nuestro grupo médico solo recibirá remuneración por nuestros costos para preparar y transmitir la información médica, para fines de tratamiento y pago, para la venta, transferencia, fusión o consolidación de todo o parte de nuestro grupo médico, para un asociado comercial o su subcontratista para realizar funciones de atención

médica en nombre de nuestro grupo médico o para otros fines, según sea requerido y/o permitido por ley.

**Imágenes.** Las imágenes provistas por pacientes o los padres de nuestros pacientes pueden exhibirse públicamente en áreas designadas exclusivamente para dicho fin. Esto incluye exhibir imágenes de su bebé nuevo o hijo en nuestra Pared de Alardeo. No se permite tomar fotografías ni filmar videos en las oficinas de ACPNY por un paciente o la familia de un paciente.

No usaremos su información médica para ningún otro tipo de divulgación que no se describe en este aviso sin obtener primero su autorización por escrito para hacerlo.

Si usted nos proporciona autorización por escrito, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos confiado en ella. Para revocar una autorización por escrito, sírvase escribir al Funcionario de Privacidad o y la persona Delegada<sup>1</sup> por éste en nuestro grupo médico. También puede iniciar la transferencia de sus expedientes a otra persona, llenando un formulario de autorización por escrito.

## **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Hay algunas situaciones en las cuales no necesitamos su autorización por escrito antes de usar su información médica o compartirla con terceros, entre ellas:

### **1. Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica**

**Tratamiento.** Podemos compartir su información médica con médicos o enfermeras del grupo médico involucrados en su cuidado, y a la vez ellos pueden usar dicha información para diagnosticarle o tratarle. Un médico de nuestro grupo médico puede compartir su información médica con otros médicos para determinar cómo diagnosticarle o tratarle. Su médico también puede compartir su información médica con otro médico al cual se le ha referido para atención médica adicional.

---

<sup>1</sup>En la mayoría de los casos, la persona Delegada será el administrador del centro médico donde usted recibe su atención

**Pago.** Podemos usar su información médica y compartirla con otros para poder obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información acerca de usted con su compañía de seguro médico a fin de obtener el reembolso después de haberle proporcionado tratamiento. En algunos casos, podemos compartir información acerca de usted con su compañía de seguro médico para determinar si cubrirá o no su tratamiento.

**Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar su información médica o compartirla con terceros a fin de llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal al proporcionarle atención, o para educar a nuestro personal sobre maneras de mejorar la atención que le proporciona.

**2. Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento, Beneficios y Servicios.** En el transcurso de proporcionarle tratamiento, podemos usar su información médica para comunicarnos con usted con un recordatorio de que tiene una cita para tratamiento, servicios o renovaciones de medicamentos, o a fin de recomendar posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de interés para usted.

**3. Asociados Comerciales.** Podemos divulgar su información médica a contratistas, agentes y otros “asociados comerciales” que necesitan la información a fin de ayudarnos a obtener pagos o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con una compañía de facturación que nos ayuda a obtener pagos de su compañía de seguro, o podemos compartir su información médica con una firma de contabilidad o bufete de abogados que nos proporciona asesoría profesional. Si divulgamos su información médica a un asociado comercial, tendremos un contrato por escrito para asegurar que nuestro asociado comercial también proteja la privacidad de su información médica. Si nuestro asociado comercial divulga su información médica a un subcontratista o vendedor, el asociado comercial tendrá un contrato por escrito a fin de asegurar que dicho subcontratista o vendedor también proteja la privacidad de la información.

**4. Amistades y Familiares Designados para Participar en su Atención.** Si usted no se opone, podemos compartir su información médica con un familiar, pariente o amistad personal íntima que

participa en su atención o el pago de su atención, inclusive después de su muerte.

**5. Constancia de Inmunización.** Si una escuela está obligada por ley estatal u otra ley a contar con constancia de inmunización antes de aceptar un estudiante, y un menor es un estudiante o futuro estudiante de dicha escuela, podemos divulgar a la escuela constancia de la inmunización de dicho menor siempre que un padre/madre, tutor, otra persona actuando en lugar de los padres, o la persona misma, en caso de un adulto o menor emancipado, nos autorice hacerlo, pero no necesitamos autorización por escrito.

**6. Emergencias o Necesidad Pública.**

**Emergencias o Según sea Requerido por Ley.** Podemos usar o divulgar su información médica si usted necesita tratamiento de emergencia o si estamos obligados por ley a tratarle. Podemos usar o divulgar su información médica si estamos obligados por ley a hacerlo y le notificaremos de dichos usos y divulgaciones si por ley si exige dicha notificación.

**Actividades de Salud Pública.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios autorizados de la salud pública (o una agencia gubernamental extranjera que colabora con dichos funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de la salud pública bajo la ley, por ejemplo, controlar enfermedades o peligros para la salud pública. También podemos divulgar su información médica a una persona que puede haber sido expuesta a una enfermedad contagiosa o estar a riesgo de contraer o diseminar dicha enfermedad, si se permite por ley. Y, por último, podemos divulgar cierta información médica acerca de usted a su empleador, si su empleador nos contrata para proporcionarle un examen físico y descubrimos que usted tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que su empleador debe conocer a fin de cumplir las leyes de empleo.

**Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Doméstica.** Podemos divulgar su información médica a una autoridad de la salud pública autorizada para recibir informes de abuso, abandono o violencia doméstica.

**Actividades de Vigilancia de la Salud.** Podemos divulgar su información médica a agencias gubernamentales autorizadas para llevar a cabo auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Dichas agencias gubernamentales vigilan la operación del sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales, por ejemplo, Medicare y

Medicaid, y cumplimiento de programas reglamentarios gubernamentales y leyes de derechos civiles.

**Demandas Judiciales y Disputas.** Podemos divulgar su información médica si una corte o tribunal administrativo encargado de conocer una demanda judicial u otra disputa nos ordena hacerlo. También podemos divulgar su información en respuesta a una orden de comparecencia, solicitud de desahogo de pruebas u otra solicitud legal por otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se obtiene la aprobación judicial u otra o la autorización necesaria requerida.

**Fuerzas del Orden Público.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios de fuerzas del orden público por ciertos motivos, por ejemplo, cumplir órdenes judiciales, ayudar en la identificación de fugitivos o la ubicación de personas desaparecidas, si sospechamos que su muerte fue el resultado de un crimen, o de ser necesario para notificar un crimen que ocurrió en nuestros locales o fuera de sitio en una emergencia médica.

**Para Evitar una Amenaza Grave e Inminente para la Salud o Seguridad.** Podemos usar su información médica o compartirla con terceros cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, para la salud o seguridad de otra persona o del público. En estos casos, solo compartiremos su información con una persona capaz de ayudar a evitar la amenaza. También podemos divulgar su información médica a funcionarios de las fuerzas del orden público si nos dice que participó en un crimen violento que puede haber ocasionado daño físico grave a otra persona (salvo que usted hubiera reconocido dicho hecho durante una sesión de consejería), o si determinamos que usted se escapó de custodia legal (por ejemplo, una cárcel o institución de la salud mental).

**Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia o Servicios de Protección.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados que están llevando a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia o proporcionando servicios de protección al Presidente u otros funcionarios importantes.

**Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar información médica acerca de usted a autoridades de comando militar apropiadas para actividades que consideran necesarias para llevar a cabo su misión militar. También podemos divulgar información de personal

militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

**Presos e Instituciones Correccionales.** Si usted es preso o es detenido por un agente de las fuerzas del orden público, podemos divulgar su información médica a los funcionarios de la penitenciaría o agentes de las fuerzas del orden público, de ser necesario, para proporcionar atención médica, o para mantener la seguridad, protección y buen orden en el lugar donde está confinado. Esto incluye compartir información necesaria para proteger la salud y seguridad de otros presos o personas involucradas en la supervisión o transporte de presos.

**Compensación Laboral.** Podemos divulgar su información médica para compensación laboral o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

**Peritos Médicos, Médicos Forenses y Directores de Funerarias.** En caso de su muerte, podemos divulgar su información médica a un médico forense o perito médico. También podemos divulgar esta información a directores de funerarias según sea necesario para el desempeño de sus deberes.

**Donación de Órganos y Tejido.** En caso de su muerte o muerte inminente, podemos divulgar su información médica a organizaciones que procesan o almacenan órganos, ojos u otros tejidos para que dichas organizaciones puedan investigar si la donación o trasplante es posible bajo las leyes aplicables.

**7. Información Totalmente Anónima o Parcialmente Anónima.** Podemos usar y divulgar su información médica si hemos eliminado cualquier información que tiene el potencial de identificarle, para que la información médica quede “totalmente anónima”. También podemos usar y divulgar información médica “parcialmente anónima” acerca de usted si la persona que recibirá la información firma un acuerdo de proteger la privacidad de la información según sea requerido por las leyes federales y estatales. La información médica parcialmente anónima *no* contendrá información que le identificaría directamente (por ejemplo, su nombre, dirección postal, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia).

**8. Divulgaciones Incidentales.** Si bien tomaremos medidas razonables para proteger la privacidad de su información médica, pueden ocurrir

ciertas divulgaciones de su información médica durante, o como resultado inevitable de nuestros usos o divulgaciones de otra manera permisibles de su información médica. Por ejemplo, durante el curso de una sesión de tratamiento, es posible que otros pacientes en el área de tratamiento vean, u oigan una conversación sobre, su información médica.

**9. Recaudación de Fondos.** Podemos usar o divulgar su información demográfica, inclusive, su nombre, dirección, otra información de contacto, edad, sexo y fecha de nacimiento, fechas de atención médica prestada a usted, información del departamento del servicio, médico tratante, información del desenlace y situación de seguro médico para fines de recaudación de fondos. Con cada comunicación de recaudación de fondos hecha a usted, usted tendrá la oportunidad de darse de baja voluntaria de recibir comunicaciones adicionales de recaudación de fondos. También le proporcionaremos la oportunidad de reanudar el recibo de dichas comunicaciones si así lo desea.

**10. Patrocinador del Plan.** El plan médico colectivo o asegurador de seguro médico o HMO con respecto a un plan médico colectivo, puede divulgar su información médica al patrocinador del plan médico colectivo.

## CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento, y de hacer que el aviso revisado o cambiado sea efectivo en el futuro. Le notificaremos de cualquier cambio.

## SUS DERECHOS DE ACCEDER Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

*Usted tiene los siguientes derechos de acceder y controlar su información médica:*

**1. Derecho a una Copia de sus Expedientes.** Usted tiene el derecho de obtener una copia de cualquier parte de su información médica que puede usarse para tomar decisiones acerca de usted y su tratamiento por el período durante el cual mantenemos esta información en nuestros expedientes, inclusive expedientes médicos y de facturación. Para obtener una copia de su información médica, someta su solicitud por escrito al Administrador del Centro en el cual recibe su atención. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle un cargo por los costos de reproducción, envío u otros suministros que usamos para cumplir su solicitud. Si quisiera una copia

electrónica de su información médica, le proporcionaremos una copia en forma y formato electrónico según lo solicitado, siempre que podamos producir sin dificultad dicha información en la forma solicitada. De otra manera, cooperaremos con usted para proporcionar una forma y formato electrónico legible según lo acordado.

**2. Derecho de Enmendar Expedientes.** Si usted considera que la información médica que tenemos acerca de usted es incorrecta o incompleta, puede escribirnos para pedirnos que enmendemos la información por el período durante el cual dicha información se mantenga en nuestros expedientes. Su solicitud debe incluir los motivos por los cuales considera que debemos enmendar la información. Si negamos parte o toda su solicitud, le proporcionaremos un aviso por escrito que explica los motivos de nuestra decisión. Usted tendrá el derecho de que cierta información relacionada con su enmienda solicitada se incluya en sus expedientes.

**3. Derecho a un Rendimiento de Cuentas de las Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar un “rendimiento de cuentas de las divulgaciones”, o sea una lista con información acerca de la manera en que hemos compartido su información médica con terceros. Para solicitar un formulario de solicitud para un rendimiento de cuentas de las divulgaciones, usted debe escribir al Funcionario de Privacidad. Usted tiene el derecho a recibir una lista sin cargo por cada período de 12 meses. No obstante, podemos cobrarle el costo de proporciona cualquier lista adicional durante ese mismo período de 12 meses.

**4. Derecho de Recibir Notificación de una Violación.** Usted tiene el derecho de ser notificado si ocurre una vulneración probable de su información médica protegida no garantizada dentro de los sesenta (60) días después del descubrimiento de la violación. El aviso incluirá una descripción de lo que sucedió, inclusive la fecha, el tipo de información involucrada en la violación, pasos que debe tomar para protegerse contra potenciales daños y perjuicios, una descripción breve de la investigación de la violación, mitigación de daños y perjuicios para usted y protección contra violaciones adicionales y procedimientos de contacto para contestar sus preguntas.

**5. Derecho de Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos adicionalmente la manera en la cual usamos y divulgamos su información médica para tratar su afección, cobrar el pago por dicho tratamiento, dirigir nuestras operaciones comerciales regulares o divulgar información acerca de usted a su familia o amistades

involucradas en su atención. Asimismo, tiene el derecho de solicitar que su información médica no se divulgue a un plan médico si usted ha pagado el servicio en su totalidad, y la divulgación no está de otra manera requerida por ley. La solicitud de restricción solo será aplicable a ese servicio particular. Usted tendrá que solicitar una restricción para cada servicio posteriormente. Para solicitar restricciones, sírvase escribir al Funcionario de Privacidad o la persona Delegada<sup>2</sup> por éste. No estamos obligados a dar nuestro acuerdo a su solicitud de una restricción y en algunos casos es posible que la restricción que usted solicita no sea permitida bajo la ley. No obstante, si damos nuestro acuerdo, estaremos obligados por nuestro acuerdo, salvo que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o cumplir la ley. Una vez que hayamos dado nuestro acuerdo a una restricción, usted tiene el derecho de revocar la restricción en cualquier momento. Bajo ciertas circunstancias, también tendremos el derecho de revocar la restricción, siempre que le notifiquemos antes de hacerlo.

**6. Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de sus asuntos médicos de manera más confidencial, por ejemplo, llamándole en el trabajo en vez del hogar, notificando al asociado de registración que le está atendiendo. No le preguntaremos el motivo de su solicitud y trataremos de complacer todas las solicitudes razonables.

**7. Derecho de que Otra Persona Actúa en su Nombre.** Usted tiene el derecho de designar a un representante personal que podrá actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Por lo general, los padres y tutores tendrán el derecho de controlar la privacidad de la información médica de menores, salvo que se permita por ley que los menores actúen en su propio nombre.

**8. Derecho de Obtener una Copia de Avisos.** Si usted recibe este aviso por medio electrónico, tiene el derecho de recibir una copia impresa de este aviso. Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad de vez en cuando. Si lo hacemos, revisaremos este aviso y le fijaremos cualquier aviso revisado en nuestra área de registración y en nuestro sitio web.

---

<sup>2</sup> En la mayoría de los casos, la persona Delegada será el administrador del centro médico donde usted recibe su atención

**9. Derecho de Entablar una Queja.** Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, podrá entablar una queja con nosotros, llamando al Funcionario de Privacidad al 646-680-2828, llamando a la Línea Directa de Cumplimiento y Ética de ACPNY al **1-844-7-COMPLY** (1-844-726-6759) o ante el Secretario del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos. Advantage Care Physicians no negará tratamiento ni tomará acción contra usted por haber entablado una queja.

**10. Uso y Divulgaciones donde Pueden Aplicarse Protecciones Especiales.** Algunos tipos de información, por ejemplo, información relacionada con VIH, información de tratamiento de abuso del alcohol o sustancias, información de la salud mental e información genética se consideran tan delicados que las leyes estatales o federales disponen protecciones especiales para dicha información. En consecuencia, es posible que ciertas partes de este Aviso de Prácticas de Privacidad general no se aplique a estos tipos de información. Si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de las formas en que estos tipos de información pueden usarse o divulgarse, consulte con su proveedor de atención médica.

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO**

*Con mi firma abajo, confirmo que se me ha provisto una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad y que en consecuencia he quedado informado de las maneras en las cuales el grupo médico indicado en el encabezamiento de este aviso puede usar y divulgar información médica acerca de mí, y cómo puedo obtener acceso a, y controlar dicha información. Con mi firma abajo, doy mi consentimiento al uso y divulgación de mi información médica para tratarme y disponer mi atención médica, procurar y recibir el pago de los servicios provistos a mí, y para las operaciones comerciales del grupo médico, su personal y sus asociados comerciales. En caso de que proporcione imágenes para exhibición en áreas de oficina designadas, por ejemplo, una Pared de Alardeo, doy mi consentimiento a dicho uso y divulgación.*

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

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del Representante Personal