



Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York Aviso de prácticas de privacidad

Vigente a partir del 2 de junio de 2016

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el director de la clínica o con el gerente de servicios de salud del centro. También puede comunicarse con el director de privacidad del Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York llamando al 347-396-6007 o enviando un correo electrónico a PrivacyOfficer@health.nyc.gov.

La información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) es información de salud que identifica a las personas y se expresa por medios orales, escritos o electrónicos. Esta información incluye la información demográfica (como su edad, dirección y dirección de correo electrónico) y otra información que se relaciona con su salud mental o física del pasado, presente o futuro. La PHI también incluye los servicios de atención médica relacionados o los pagos por esos servicios. El Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (DOHMH) respeta la confidencialidad de la PHI y la protegerá de manera responsable, de conformidad con todas las leyes, normas y reglamentos.

Este Aviso de prácticas de privacidad (aviso) se le proporciona en cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. El aviso describe cómo usará y divulgará el DOHMH su PHI y las medidas que se tomarán para protegerla. El aviso también describe sus derechos y las obligaciones del DOHMH en lo que respecta al uso y la divulgación de su PHI.

A quién se aplica este aviso

El DOHMH se considera una “entidad híbrida” de acuerdo con la HIPAA, ya que ofrece servicios de atención médica y servicios de salud pública. La HIPAA cubre los servicios de atención médica, pero no cubre los servicios de salud pública.

Este aviso describe los componentes de atención médica que cubre la HIPAA. Las obligaciones establecidas en este aviso se aplican a todos los empleados, estudiantes y voluntarios que estén autorizados a dar, recibir o compartir información de salud protegida para tratamiento, pago o atención médica.

Responsabilidades del DOHMH

Las clínicas del DOHMH están legalmente obligadas a:

- Mantener privada y segura su PHI

- Notificarle sobre los deberes legales y las prácticas de privacidad relacionadas con el uso y la divulgación de su PHI.
- Notificarle de cualquier incumplimiento que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su PHI.
- Respetar los términos de este aviso
- Comunicarle sobre cualquier cambio en este aviso

Leyes y reglamentos relacionados con la privacidad

Diversas leyes estatales, federales y locales de privacidad contienen restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación de la información de salud. Estas leyes afectan el tratamiento para el abuso de sustancias controladas, las pruebas y el tratamiento del VIH/SIDA, las pruebas y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el tratamiento de salud mental. Las políticas del DOHMH y este aviso cumplen con estas otras leyes.

Cómo puede el DOHMH usar y divulgar su PHI

Usos y divulgaciones obligatorios. Según la ley, el DOHMH debe revelar a usted su PHI, a menos que un profesional médico haya determinado que hacerlo podría perjudicar su salud.

Si lo solicita, el DOHMH está obligado a divulgar su PHI al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para realizar investigaciones acerca del cumplimiento de las leyes que protegen su PHI.

Tratamiento. El DOHMH de la Ciudad de Nueva York puede usar o divulgar su PHI, incluidas las recomendaciones del médico, para proporcionar el tratamiento o los servicios que usted requiere.

Pago. Su PHI se usará, según sea necesario, para facturar y cobrar el tratamiento y los servicios que le prestaron a usted. El DOHMH puede compartir información sobre su tratamiento al plan de salud (incluido Medicaid) o a organizaciones de atención administrada para obtener su aprobación para el pago.

Actividades de atención médica. El DOHMH podría usar y divulgar su PHI para las actividades regulares de atención médica. El personal médico utilizará su información de salud para revisar su atención y los resultados al compararlos con casos similares. Por ejemplo, podría revisarse su información para fines de capacitación, gestión de riesgos o mejoramiento de la calidad en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención y de los servicios que prestamos.

El DOHMH puede compartir su PHI con socios comerciales externos que lleven a cabo actividades para el Departamento (tales como los servicios de facturación). También se les exigirá a los socios comerciales que protejan su información de salud.

El DOHMH puede retirar la información que lo identifica para que los demás puedan utilizarla para analizar la atención médica y los servicios sin conocer su identidad.

Recordatorios de citas. El DOHMH podría usar y divulgar su PHI para enviar recordatorios de citas. Estos recordatorios no identificarán el propósito de su visita.

Requerido por la ley. El DOHMH divulgará su información de salud cuando sea requerido por las leyes, normas o reglamentos federales, estatales o locales.

Actividades de salud pública. El DOHMH puede divulgar su PHI sin su consentimiento a un organismo de salud pública que esté legalmente autorizado para cobrar o para recibir PHI para vigilancia de salud pública, o para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Esto incluye, entre otros, el informe de enfermedades, nacimientos o fallecimientos.

Abuso infantil. El DOHMH puede divulgar su PHI a una autoridad gubernamental que esté autorizada por la ley para recibir informes de abuso infantil.

Supervisión de salud. El DOHMH puede divulgar su PHI a un organismo que supervise la salud para actividades legales (como auditorías, investigaciones, inspecciones y expedición de licencias) que controlan el sistema de atención médica, programas gubernamentales de beneficio, otros programas gubernamentales de regulación y leyes de derechos civiles.

Administración de Alimentos y Medicamentos, FDA. El DOHMH puede divulgar su información de salud protegida a una persona o a una empresa, según lo requiera la FDA para:

- Informar sobre defectos en los productos, reacciones adversas o problemas
- Informar sobre desviaciones en productos biológicos
- Dar seguimiento a productos
- Permitir el retiro de productos defectuosos
- Hacer reparaciones o reemplazos
- Realizar vigilancia posterior a la comercialización

Procedimientos legales. El DOHMH puede divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa si usted está involucrado en un juicio o disputa. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una citación judicial, pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud.

Cumplimiento de la ley. El DOHMH puede divulgar su PHI si lo solicitan los oficiales de cumplimiento de la ley.

- En respuesta a una resolución judicial, orden de comparecencia, caución, citación o un proceso similar
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida
- Acerca de la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias, no podemos obtener el consentimiento de la persona
- Acerca de una muerte que consideramos que podría ser el resultado de una conducta delictiva
- Acerca de conducta delictiva en una clínica del DOHMH
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación de un delito o de víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito

Médicos forenses, directores de funerarias y donaciones de órganos. El DOHMH puede divulgar PHI a un médico forense o a un examinador médico para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar PHI a los directores de funerarias para ayudarlos a llevar a cabo sus tareas, de conformidad con la ley. La PHI también puede utilizarse y divulgarse para fines de donación de órganos.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podríamos usar y divulgar su PHI para fines de investigación. La investigación debe cumplir con las leyes, normas y reglamentos aplicables, y primero debe ser aprobada por la Junta de Revisión Institucional del DOHMH.

Acceso de los padres. Varias leyes del estado de Nueva York establecen que se puede divulgar PHI a los padres y a los tutores legales. El DOHMH actuará conforme a la ley.

Compensación de los trabajadores. El DOHMH podrá divulgar su PHI para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores y con otros programas similares que ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades delictivas. De acuerdo con ciertas leyes federales y estatales, el DOHMH podrá divulgar su PHI si considera que su uso y divulgación son necesarios para evitar o para disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o a la seguridad de la persona o del público.

También podemos divulgar su PHI si es necesario para que las autoridades de cumplimiento de la ley identifiquen o aprehendan a una persona.

Reclusos. Si usted es recluso de una institución correccional, el DOHMH puede divulgar a la institución o a sus agentes la información de salud necesaria para conservar su salud, y la salud y seguridad de las demás personas.

Actividad militar y veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, el DOHMH puede divulgar su información de salud según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información de salud sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Seguridad nacional e inteligencia. Podríamos divulgar información de salud relacionada con usted a los funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. Además, podemos divulgar su información de salud a los funcionarios federales autorizados para que puedan llevar a cabo investigaciones especiales o para que proporcionen protección al presidente, a otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros.

Personas involucradas en su atención médica. A menos que usted presente una objeción, el DOHMH podrá usar y divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificarles a familiares o a representantes personales sobre su ubicación, estado de salud en general o su fallecimiento. Si usted está presente, tendrá la oportunidad de objetar este tipo de uso o divulgación. Si usted no tiene la capacidad para decidir o si es una emergencia, divulgaremos su PHI si determinamos que es para su beneficio.

Sus derechos en relación con su información médica

Aunque su expediente médico le pertenece físicamente al DOHMH, la información le pertenece a usted. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida. Puede presentar cualquiera de las siguientes solicitudes enviando una solicitud por escrito al director de la clínica, al gerente de servicios de salud o a su designado.

Derecho a inspeccionar y a obtener copias. Su PHI se guarda en un “archivo designado de expedientes” y puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. El archivo designado de expedientes por lo general incluye registros médicos y de facturación. Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener esta información durante todo el tiempo que el DOHMH conserve sus registros de salud. Este derecho no aplica para:

- Notas de psicoterapia

- Información recopilada con anticipación razonable a, o usada en, un proceso o demanda civil, penal o administrativa
- Información de salud protegida que está sujeta a las leyes que prohíben el acceso

El DOHMH puede denegar su solicitud de inspeccionar y obtener una copia de los registros en muy pocas circunstancias. Si se le deniega el acceso a su información de salud, puede comunicarse con el director de privacidad para solicitar una revisión de la negativa.

Derecho a solicitar una modificación. Si usted considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que hagamos una modificación (cambiar o agregar) a la información. Tiene derecho a solicitar una modificación durante todo el tiempo que DOHMH conserve su información. El DOHMH podría rechazar su solicitud si no es por escrito o si no incluye el motivo que respalda su solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide modificar información que:

- No fue generada por el DOHMH, a menos que la persona o la entidad que haya creado la información ya no esté disponible para modificarla.
- No forma parte de la información de salud que conserva el DOHMH
- No forma parte de la información que está permitido inspeccionar y copiar
- Es exacta y completa

Derecho a recibir un aviso de incumplimiento a la confidencialidad. El DOHMH está obligado a notificarle sobre cualquier incumplimiento que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.

Derecho a un informe de las divulgaciones. Un “Informe de las divulgaciones” es una lista de las divulgaciones hechas de su PHI. La lista no incluye las divulgaciones hechas para el tratamiento, el pago o para fines de atención médica, tal como se describen en este aviso, o para otro tipo de divulgaciones (como las que usted solicitó que se hicieran). Tiene derecho a obtener un “Informe de las divulgaciones” de la información de salud de los seis años anteriores a la fecha de la solicitud.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que usemos o divulguemos sobre usted para fines de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a solicitar que se restrinja o se limite la información de salud que podemos usar o divulgar a una persona que esté involucrada en su cuidado o en el pago de su atención. No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Si usted paga de su bolsillo la totalidad de un servicio o artículo de atención médica, podría pedirnos que no

compartamos esa información con su compañía del seguro médico para fines de pago o de atención médica. Aceptaremos esto a menos que estemos obligados por la ley a compartir esa información.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted por un medio alternativo o en una ubicación alternativa para proteger su confidencialidad. Por ejemplo, podría pedirnos que nos comuniquemos con usted al trabajo o por correo. También podría pedirnos que le enviemos la información por correo en un sobre cerrado en lugar de hacerlo en una postal.

Para solicitar que sus comunicaciones sean confidenciales, debe enviar una solicitud escrita al director de la clínica o a su designado. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea ser contactado. Si recibe servicios en más de una clínica, debe presentar una solicitud por separado para cada una.

Derecho a elegir que alguien actúe en su nombre. Si usted le otorgó a alguien un poder médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.

Derecho a obtener una copia de este aviso. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Puede comunicarse con el director de la clínica, el gerente de servicios de salud o el director de privacidad del DOHMH llamando al 347-396-6007.

Autorización para el uso de la PHI

De acuerdo a la HIPAA, estamos obligados a obtener su permiso escrito para los siguientes usos y divulgaciones relacionados con su PHI:

- Fines de mercadeo
- Venta de su información (Nota: la política del DOHMH es no vender su PHI)
- La mayoría de las divulgaciones de notas de psicoterapia

El DOHMH le solicitará su permiso escrito para otros usos y divulgaciones de su PHI que no estén cubiertos por este aviso ni por las leyes que aplican. Si usted nos proporciona permiso para usar o divulgar su PHI, puede

revocar o cancelar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.

Si usted revoca su permiso, el DOHMH ya no podrá usar ni divulgar su PHI por los motivos cubiertos en su autorización por escrito. Nosotros no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su autorización y que estemos obligados a retener en nuestros registros.

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y este aviso. Nos reservamos el derecho de que el aviso cambiado sea válido para la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro.

Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en cada una de las ubicaciones de las clínicas. La fecha de entrada en vigencia se colocará en la parte superior central de la primera página y en la parte inferior derecha de la última página de este aviso. Además, habrá disponible para usted una copia del aviso más reciente cada vez que haya una revisión. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento y puede ver el aviso más reciente en nyc.gov/health (buscar "HIPAA").

Quejas

Si usted considera que se han infringido sus derechos, puede presentar una queja por escrito ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o ante el director de Privacidad del DOHMH en la siguiente dirección. No se tomarán represalias en su contra si presenta una queja.

Envíe un correo electrónico para quejas a:

PrivacyOfficer@health.nyc.gov

Envíe su queja por servicio de correo a:

NYC DOHMH Chief Privacy Officer
Gotham Center
42-09 28th Street, 14th Floor, CN-30
Queens, NY 11101

Vigente a partir del 2 de junio de 2016



**Aviso de prácticas de privacidad
Acuse de recibo**

Notice of Privacy Practices Acknowledgement of Receipt

Al firmar y colocar la fecha en este formulario, acepto que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York.

Nombre del paciente (<i>en letra de molde</i>) Patient's Name	
Firma del paciente Patient's Signature	Fecha Date

Si usted es un representante personal que llena este formulario en nombre del paciente, escriba su nombre en letra de molde en el espacio a continuación.

Nombre del representante personal (<i>en letra de molde</i>) Personal Representative's Name	
Firma del representante personal Personal Representative's Signature	Fecha Date

Para uso oficial exclusivamente

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign

DOHMH Employee Initials	Date
-------------------------	------

Original Patient Record