



Notice of
Privacy Practice

Aviso de
Prácticas Privadas

Notice of Privacy Practices

(Para la versión española de este documento chasque por favor aquí): Version espanola

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY.

WE ARE COMMITTED TO YOUR PRIVACY

Westchester Medical Center Health Network (WMCHHealth) is required by law to protect the privacy of health information that may reveal your identity, and to provide you with a copy of this notice that describes the health information privacy practices of our hospital, its medical staff, and affiliated health care providers that jointly provide health care services with our hospital. We will only use or disclose (share) your health information as described in this Notice. You will be asked to sign an acknowledgment that you have received this Notice.

If you have any questions about this notice or would like further information, please contact the Privacy Officer at (914) 493-2600.

WHO FOLLOWS THIS NOTICE?

All employees, medical staff, trainees, students, volunteers, and agents of WMCHHealth at the locations listed below, follow these privacy practices. WMCHHealth includes:

- Westchester Medical Center including Maria Fareri Children's Hospital, Behavioral Health Center, MidHudson Regional Hospital
- Good Samaritan Hospital of Suffern, NY
- St. Anthony Community Hospital
- Bon Secours Community Hospital
- St. Francis at the Knolls, (Mt. Alverno Center)
- Villa Francis at the Knolls, Inc. (Schervier Pavilion)
- HealthAlliance Hospital, Broadway Campus
- HealthAlliance Hospital, Mary's Avenue Campus
- Margaretville Hospital
- Mountainside Residential Care Center
- Westchester Medical Center Advanced Physician Services, P.C.
- Mid Hudson Physicians, P.C.
- Bon Secours Charity Health System Medical Group, P.C.
- Center for Regional HealthCare Innovation
- North Road LHCSA

USING AND SHARING YOUR INFORMATION

This section describes the different ways that we may use and share your information.

We mainly use and share your information for treatment, payment, and health care operation purposes. This means we use and share your health information:

- With other health care providers who are treating you or with a Pharmacy that is filling your prescription;
- With your insurance plan to collect payment for health care services or to get pre-approval for your treatment; and
- To run our business, improve your care, educate our professionals, and evaluate provider performance.

Sometimes we may share your information with our business associates, such as a billing service, who help us with our business operations. All of our business associates must protect the privacy and security of your health information just as we do.

We may also use or share your information to contact you:

- About health-related benefits or services;
- About your upcoming appointments;
- To see if you would like to take part in research projects;
- About fundraising for WMCHHealth.

You have the right to opt out of fundraising communications. You can do this by contacting WMCHHealth's Foundation Office at foundation@wmchealth.org or by phone at 914-493-2575.

If you do not wish to be notified of research projects you may be able to participate in, you can contact the Westchester Medical Center's Research Institute in writing to 19 Bradhurst Avenue, Hawthorne, NY 10532 or by phone at 914-493-2014.

Special protections apply if we use or share sensitive health information. This includes HIV-related information, mental health information, alcohol or drug abuse treatment information, or genetic information. For example, under New York State law, confidential HIV-related information can only be shared with persons allowed to have it by law, or persons you have allowed to have it by signing a specific authorization form. If your treatment involves this information, you may contact the Privacy Officer at 914-493-2600 for further explanation.

We are also allowed, and sometimes required by law, to share your information in other ways. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for the following reasons. Some examples of each include:

- **Public Health and Safety:** reporting diseases, births, or deaths; reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence; to avoid a serious threat to health or public safety; monitoring product recalls; and reporting information for safety and quality purposes.
- **Research:** analyzing health record projects that have been approved by our Institutional Review Board (IRB) and are of low risk to your privacy; preparing for research study; studies that only involve decedents' information.
- **Judicial and Administrative Proceedings:** responding to a court or administrative order.
- **Workers' Compensation and other Government Requests:** workers' compensation claims payment or hearings; health oversight agencies for activities authorized by law; special government functions (military, national security).
- **Law Enforcement:** with a law enforcement official to identify or find a suspect or missing person.
- **Comply with the Law:** to the Department of Health and Human Services to see if we are complying with federal privacy law.
- **Disaster Relief Situation:** sharing your location and general location for the purpose of notifying your family, friends, and agencies chartered by law to assist in emergency situations.
- To organizations that handle organ, tissue, or eye donation or transplantation.

- To a Coroner, Medical Examiner, or Funeral Director as needed to do their jobs.
- Incidental to a Permitted Use or Disclosure: calling your name in a waiting area for an appointment and others in the waiting area may hear your name called. We make reasonable efforts to limit these incidental uses and disclosures.

In the following situations, we may use or share your information, unless you object, or if you specifically give us permission. If for some reasons you are not able to tell us your preferences, for example if you are unconscious, we may share your information if we believe it is in your best interest.

- For our patient directory, including in our Chaplaincy Services Department, such as a Priest or Rabbi.
- With your family, friends, or others involved in your care or payment for your care.

In the following situations, we will only use or share your information if you give us permission:

- For marketing purposes
- For the sale of your information or payments from a third party
- For sharing of most psychotherapy notes
- Any other reasons not described in this Notice

You can revoke (take back) that permission, except when we have already relied on it. Please write to the Department of Health Information Management, contact information is listed on the back page of this Notice.

YOUR RIGHTS

When it comes to your health information, you have certain rights. You may:

- Inspect and obtain a copy of any of your health information that may be used to make decisions about you and your treatment for as long as we maintain this information in our records. This includes medical and billing records.
- Inspect or obtain a copy of your health information, please submit your request in writing to the Senior Director, Department of Health Information Management, contact information is listed on the back page of this Notice.
 - If you request a copy of the information, you will be charged a fee for the costs of copying, mailing or other supplies we use to fulfill your request. The standard fee is \$0.75 per page if paper and \$6.75 flat rate for a CD and must generally be paid before or at the time we give the copies to you.
 - We will respond to your request for inspection of records within 10 days. We ordinarily will respond to request for copies within 30 days if the information is located in our facility and within 60 days if it is located off-site at another facility.
- Request confidential communications. We will try and accommodate all reasonable requests.
 - To request more confidential communications, please write to the Privacy Officer, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Pavilion, 100 Woods Road, Valhalla, New York 10595.
- Ask us to limit what we use or share for your treatment, payment, and health care operations. We are not required to agree to your request, but we will review it. When you pay for services out-of-pocket, in full, and ask us not to share the information with your insurance plan, we will agree unless a law requires us to share that information.
- Ask us to amend your health information if you believe that the health information we have about you is inaccurate or incomplete.
 - To request an amendment, please write to the Senior Director, Department of Health Information Management, contact information is listed on the back page of this Notice. Ordinarily, we will respond to your request within 60 days.

- Get a list of those with whom we have shared information. You can ask for a list (accounting) of the times we shared your information and why for the six years prior to your request. Not all disclosures will be included in this list, such as those made for treatment, payment, or health care operations. You have the right to get this list one time every 12 months without charge, but we may charge you for the cost of providing additional list during that time.
 - To request a list, please write to the Senior Director, Department of Health Information Management, contact information is listed on the back page of this Notice. Ordinarily, we will respond to your request within 60 days.
- Get a copy of this Privacy Notice. Just ask us and we will give you a copy in the format you would like (paper or electronic).
- Choose someone to act for you. This “personal representative” can exercise your rights and make choices about your health information. Generally, parents and guardians of minors will have this right for the child, unless the minor is permitted by law to act on their own behalf.
- File a complaint if you feel your rights have been violated. You may contact the WMC Privacy Officer, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Pavilion, 100 Woods Road, Valhalla, New York 10595 or the Secretary of the United States Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. We will not retaliate or take action against you for filing a complaint.
- Request additional privacy protections with respect to your electronic medical record.

OUR RESPONSIBILITIES

- We are required by law to maintain the privacy of your protected health information.
- We will notify you if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your identifiable information.
- We must follow the practices described in this Notice and give you a copy of it.
- We reserve the right to change the terms of this Notice and the changes will apply to all information we have about you. The new Notice will be available upon request and on our website @ www.westchestermedicalcenter.com or by requesting a copy at your next visit.

QUESTIONS OR CONCERNS

If you have a question or wish to exercise your rights described in this Notice, please contact the Privacy Officer at: Westchester Medical Center, Corporate Compliance, Executive Offices, 100 Woods Road, Valhalla, New York 10595, by phone to 914-493-2600 or via email to westchestermedicalcenter.com.

Most requests to exercise your rights must be made in writing to the Privacy Officer or the Senior Director, Department of Health Information Management, listed on the back page of this Notice. For more information or to get a request form, contact the Privacy Officer at 914-493-2600 or the Department of Health Information Management, contact information is listed on the back page of this Notice.

This Notice is effective as of 1/01/2017.

Aviso de prácticas de privacidad

(Para la versión española de este documento chasque por favor aquí): [Version espanola](#)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE ESTE AVISO DETENIDAMENTE.

ESTAMOS COMPROMETIDOS CON SU PRIVACIDAD

La ley obliga a Westchester Medical Center Health Network (WMCHHealth) a proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y a proporcionarle una copia de este aviso que describe las prácticas relacionadas con la privacidad de la información de salud de nuestro hospital, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados que, conjuntamente con nuestro hospital, brindan servicios de atención médica. Solo usaremos o divulgaremos (compartiremos) su información de salud como se describe en el presente Aviso. Se le pedirá que firme un consentimiento que estipule que ha recibido este Aviso.

Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea obtener más información, comuníquese con el Agente de Privacidad a través del (914) 493-2600.

¿QUIÉN CUMPLIRÁ CON ESTE AVISO?

Todos los empleados, personal médico, personal en formación, estudiantes, voluntarios y agentes del WMCHHealth cumplen estas prácticas de privacidad en los lugares que se mencionan a continuación. El WMCHHealth incluye:

- Westchester Medical Center incluyendo al Hospital Infantil Maria Fareri, al Centro de Salud Conductual y al Hospital MidHudson Regional
- Hospital Good Samaritan en Suffern, NY
- Hospital Comunitario St. Anthony
- Hospital Comunitario Bon Secours
- St. Francis at the Knolls, (Centro Mt. Alverno)
- Villa Francis at the Knolls, Inc. (Pabellón Schervier)
- Hospital HealthAlliance, Broadway Campus
- Hospital HealthAlliance, Mary's Avenue Campus
- Hospital Margaretville
- Centro de Cuidado Residencial Mountainside
- Westchester Medical Center Advanced Physician Services, P.C.
- Mid Hudson Physicians, P.C.
- Bon Secours Charity Health System Medical Group, P.C.
- Centro para la Innovación Regional de la Atención de Médica
- Agencia para la Autorización de Servicios de Cuidado en el Hogar (Licensed Home Care Services Agency, LHCSA) North Road

USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN

Esta sección describe las diferentes maneras en las que podemos usar y compartir su información.

Usamos y compartimos su información, principalmente para efectos de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. Esto significa que usamos y compartimos su información de salud:

- Con otros proveedores de atención de salud que lo estén atendiendo o con un establecimiento farmacéutico que supla su receta médica;
- Con su plan de seguro para recabar el pago por servicios de atención de salud o para obtener la pre-aprobación de su tratamiento; y
- Para dirigir nuestro negocio, mejorar su atención, educar a nuestros profesionales y evaluar el rendimiento del proveedor.

A veces podemos compartir su información, como un servicio de facturación, con nuestros asociados de negocios quienes nos ayudan con nuestras operaciones de negocio. Todos nuestros asociados de negocios deben proteger la privacidad y seguridad de su información de salud, tal como lo hacemos nosotros.

También podemos usar o compartir su información para contactarlo:

- Acerca de servicios o beneficios relacionados a la salud;
- Acerca de sus próximas citas;
- Para consultar si le gustaría formar parte de proyectos de investigación;
- Acerca de recaudar fondos para WMCHHealth.

Usted tiene el derecho de optar por no recibir notificaciones acerca de las actividades de recaudación de fondos. Puede hacerlo poniéndose en contacto con la oficina de la fundación de WMCHHealth a través del correo electrónico foundation@wmchealth.org o vía telefónica al 914-493-2575.

Si no desea recibir notificaciones sobre los proyectos de investigación en los que puede participar, puede comunicarse con el Instituto de Investigación de Westchester Medical Center por escrito a 19 Bradhurst Avenue, Hawthorne, NY 10532 o vía telefónica al 914-493-2014.

Aplican protecciones especiales si usamos o compartimos información de salud sensible. Esta incluye información relacionada al VIH, información sobre salud mental, información sobre el tratamiento del abuso de alcohol o drogas o información genética. Por ejemplo, de acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, la información confidencial relacionada al VIH solo se puede compartir con personas que la ley autoriza o personas que usted ha autorizado a través de la firma de un formulario específico de autorización. Si su tratamiento contiene esta información, puede comunicarse con el Agente de Privacidad al 914-493-2600 para obtener mayores detalles.

La ley también nos permite y a veces nos solicita compartir su información de otras maneras. Debemos cumplir muchas condiciones estipuladas por la ley antes de poder divulgar su información por las siguientes razones.

Algunos ejemplos incluyen:

- Seguridad y Salud Pública: para reportar enfermedades, nacimientos o decesos, reportar la sospecha de abuso, abandono o violencia doméstica; evitar amenazas graves a la salud o seguridad pública; evaluar el retiro de productos y dar información para efectos de calidad y seguridad.
- Investigación: para analizar los proyectos de expedientes médicos que nuestra Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) haya aprobado y que sean de bajo riesgo para su privacidad; preparar el estudio de investigación; estudiar que solo involucre información de personas fallecidas.
- Procedimientos Administrativos y Judiciales: para responder a un tribunal o a una orden administrativa.
- Compensación del trabajador y otras solicitudes gubernamentales: para solicitudes de pago o audiencias por la compensación del trabajador; a agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; funciones gubernamentales especiales (milicia, seguridad ciudadana).
- Aplicación de la ley: a un funcionario policial para que identifique o encuentre a un sospechoso o a una persona extraviada.

- Cumplimiento de la ley: al Departamento de Salud y Servicios Humanos para consultar si cumplimos con la ley de privacidad federal.
- Situación de desastres: para compartir su ubicación y ubicación general para efectos de notificar a su familia, amigos y agencias autorizadas por la ley para asistir en situaciones de emergencia.
- A organizaciones que manipulan órganos, tejidos, donantes de córnea o trasplante.
- A un juez de primera instancia, a un médico forense o a un director de funeraria cuyos trabajos lo requieran.
- Uso y divulgación incidental permitida: decir su nombre en una sala de espera para una cita y que otras personas en la sala de espera pudieran escuchar su nombre. Hacemos esfuerzos razonables para limitar estos usos y divulgaciones incidentales.

En las siguientes situaciones, podríamos usar o compartir su información, salvo que usted se oponga o si nos proporciona permiso de manera específica. Si debido a algunas razones no nos puede decir sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

- A nuestro directorio de pacientes, incluyendo nuestro Departamento de Servicios de Capellanía, tales como un sacerdote o un rabino.
- Con su familia, amigos u otras personas involucradas en su cuidado o pago por su atención.

En las siguientes situaciones, solo usaremos o compartiremos su información si nos da permiso:

- Para efectos de comercialización
- La venta de su información o pagos de terceros
- La mayor parte de las notas de psicoterapia
- Cualquier otra razón no descrita en este Aviso

Usted puede revocar (retirar) dicho permiso, excepto cuando ya hayamos hecho uso del mismo. Por favor, escriba al Departamento de Manejo de Información de Salud (Department of Health Information Management); la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Usted puede:

- Inspeccionar y obtener una copia de toda su información de salud que se utiliza para tomar decisiones acerca de usted y de su tratamiento mientras nosotros mantengamos esta información en nuestros expedientes. Esto incluye registros de facturación e información médica.
 - Para inspeccionar u obtener una copia de su información de salud, por favor envíe su solicitud por escrito al Director Sénior del Departamento de Manejo de Información de Salud; la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso.
 - Si usted solicita una copia de la información, se le cobrará una tarifa por los costos de copiado, envíe por correo u otros gastos en los que incurramos para satisfacer su pedido. La tarifa estándar es de \$0.75 por página si es en papel y \$6.75 si es en CD y por lo general se debe pagar antes o en el momento en que le entreguemos las copias.
 - Responderemos a su pedido de inspección de registros en un plazo de 10 días. Generalmente respondemos a los pedidos de copias dentro de los 30 días si la información se encuentra en nuestros centros y en un plazo de 60 días si se encuentra fuera de ellos.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Trataremos de acatar todo pedido razonable.
 - Para solicitar comunicaciones más confidenciales, escriba a Privacy Officer, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Pavilion, 100 Woods Road, Valhalla, New York 10595.
- Puede solicitarnos limitar lo que usamos o divulgamos de su tratamiento, pagos y operaciones de atención de salud. No se nos obliga acordar con las restricciones que usted solicite, pero las revisaremos. Si usted paga

por los servicios de su propio bolsillo y en su totalidad, y nos solicita no compartir la información con su plan de seguro, lo acordaremos salvo que la ley nos obligue a compartir dicha información.

- Si usted cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que modifiquemos la información.
 - Para solicitar una modificación, por favor, escriba al Director Sénior del Departamento de Manejo de Información de Salud; la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso. Generalmente, responderemos a su pedido en un plazo de 60 días.
- Obtener una lista de con quién compartimos la información. Puede solicitar una lista (conteo) de las veces que hemos compartido su información y las razones para hacerlo, de los seis años previos a su solicitud. No todas las divulgaciones se incluirán en la lista, como las que se hicieron por tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. Tiene derecho a obtener esta lista una vez cada 12 meses sin cargo, pero le podemos facturar el costo de una lista adicional si la solicita durante ese tiempo.
 - Para una lista, por favor, escriba al Director Sénior del Departamento de Manejo de Información de Salud; la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso. Generalmente, responderemos a su pedido en un plazo de 60 días
- Obtener una copia de este Aviso de Privacidad. Solicítela y le daremos una copia en el formato que desee (papel o electrónico).
- Escoger a alguien que actúe en su nombre. Este “representante personal” puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Generalmente, los padres y los tutores de los menores tienen este derecho sobre los niños, excepto que la ley le permita al menor actuar en nombre propio.
- Presentar una queja si siente que se violaron sus derechos. Puede contactar al Agente de Privacidad del WMC, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Pavilion, 100 Woods Road, Valhalla, New York 10595 o al Secretary of the United States Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. No tomaremos represalias ni llevaremos a cabo una acción en su contra por presentar una queja.
- Solicitar protecciones de privacidad adicionales en relación a su registro médico electrónico.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud protegida.
- Le notificaremos si ocurre una infracción que comprometa la privacidad o seguridad de su información de identificación.
- Debemos seguir las prácticas descritas en este Aviso y darle una copia.
- Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible según solicitud o en nuestra página web @ www.westchestermedicalcenter.com o si lo solicita en su próxima visita.

PREGUNTAS O PREOCUPACIONES

Si tiene alguna pregunta o desea ejercer sus derechos descritos en este Aviso, por favor contacte al Agente de Privacidad en: Westchester Medical Center, Corporate Compliance, Executive Offices, 100 Woods Road, Valhalla, New York 10595, vía telefónica al 914-493-2600 o por correo electrónico a la dirección westchestermedicalcenter.com

La mayoría de las solicitudes para ejercer sus derechos deben hacerse por escrito al Agente de Privacidad o al Director Sénior del Departamento de Manejo de Información de Salud; la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso. Para obtener mayor información o recibir un formulario de solicitud, comuníquese con el Agente de Privacidad al 914-493-2600 o al Departamento de Manejo de Información de Salud; la información de contacto se encuentra en la última página de este Aviso.

Este Aviso entra en vigor a partir de 1/01/2017.



ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

HC-2655-16 English Rev 1/4/17 Page 1 of 1

By signing below, I acknowledge that I have been provided a copy of the Notice of Privacy Practices and have therefore been advised of how health information about me may be used and disclosed by the hospital and the facilities listed at the beginning of this notice, and how I may obtain access to and control this information. I also acknowledge and understand that I may request copies of separate notices explaining special privacy protections that apply to HIV-related information, alcohol and substance abuse treatment information, mental health information and genetic information.

Signature of Patient or Personal Representative

Print Name of Patient or Personal Representative

Date

Description of Personal Representative's Authority

FOR IN-PATIENTS ONLY

I have been informed about the hospital's use of a Facility Directory which includes religious affiliation information. I choose to be listed unless indicated below:

Exclude from listing in the facility directory

Date: _____

Do not release my religious affiliation to the clergy

Date: _____

I understand that exclusion from listing in the facility directory will affect the delivery of gifts, mail and receiving telephone calls.

Signature of Patient or Personal Representative

Print Name of Patient or Personal Representative

Date

Description of Personal Representative's Authority



Acuse de Recibo del Aviso de las Prácticas Confidenciales

HC-2656-16 Spanish (Rev. 1/6/17) Page 1 of 1

Al firmar más abajo, reconozco que se me ha proporcionado una copia de este Aviso de las Prácticas Confidenciales y por lo tanto se me ha informado como se puede utilizar y divulgar por el hospital y las instalaciones enumerados al principio de este aviso, y cómo puedo obtener acceso y controlar esta información. Así mismo reconozco y comprendo que yo puedo pedir copias de avisos separados explican las protecciones especiales de la confidencialidad sobre la información de los tratamientos aplicables VIH, uso del alcohol y abuso de drogas, información sobre la salud mental y la información genética.

Firma del Paciente o Representante Personal

Escriba el Nombre del Paciente o Representante Personal

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

PARA PACIENTE INTERNOS SOLAMENTE

Se me ha informado sobre el uso del hospital de un Directorio de instalaciones que incluye información afiliación religiosa . Elijo ser listados menos que se indique a continuación:

Excluirme del Directorio de la Instalación Fecha: _____

No divulgar mi afiliación religiosa al clero Fecha: _____

Comprendo que la exclusión del directorio telefónico afectará la entrega de regalos, recepción de llamadas telefónicas.

Firma del Paciente o Representante Personal

Escriba el Nombre del Paciente o Representante Personal

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

**Department of Health
Information Management –
Contact Information**

**Westchester Medical Center
including
Maria Fareri Children’s Hospital
Behavioral Health Center
MidHudson Regional Hospital**

Department of Health Information
Management

Macy Pavilion, MI 8
Valhalla, N.Y. 10595
914-493-7600

Bon Secours Charity Health System

Department of Health Information
Management

255 Lafayette Avenue
Suffern, N.Y. 10901
845-368-5409

**HealthAlliance Hospital
including Margaretville Hospital and
Mountainside Residential Care Center**

Department of Health Information
Management

396 Broadway
Kingston, N.Y. 12401
845-943-6009

**Departamento de Manejo
de Información de Salud –
Información de contacto**

**Westchester Medical Center
incluyendo al Hospital Infantil Maria
Fareri, al Centro de Salud Conductual y
al Hospital MidHudson Regional**

Departamento de Manejo
de Información de Salud

Macy Pavilion, MI 8
Valhalla, N.Y. 10595
914-493-7600

Bon Secours Charity Health System

Departamento de Manejo
de Información de Salud

255 Lafayette Avenue
Suffern, N.Y. 10901
845-368-5409

**Hospital HealthAlliance
incluyendo Hospital Margaretville
y Centro de Cuidado Residencial
Mountainside**

Departamento de Manejo
de Información de Salud

396 Broadway
Kingston, N.Y. 12401
845-943-6009

