

# Westchester Medical Regional Physician Services, P.C.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

(Click here for the English version of this document.)

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.

La ley obliga a Westchester Medical Regional Physician Services, P.C. (el "Centro") a proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y a brindarle una copia de este aviso que describe las prácticas relacionadas con la privacidad de la información de salud del Centro y los proveedores de atención médica afiliados que brindan servicios de atención médica con nosotros. Se publicará una copia de nuestro aviso vigente en las áreas públicas de todo el Centro. También podrá obtener copias adicionales si accede a nuestro sitio web en [www.westchestermedicalcenter.com/regionalphysicianservices](http://www.westchestermedicalcenter.com/regionalphysicianservices) o si solicita una copia en su próxima visita.

Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea obtener más información, comuníquese con el Encargado de privacidad llamando al (914) 493-2600.

### ¿QUIÉN CUMPLIRÁ CON ESTE AVISO?

El Centro ofrece servicios de atención médica a pacientes, en conjunto con otros proveedores de atención médica. Las prácticas de privacidad que se describen en este aviso serán respetadas por:

- Cualquier profesional de la salud que lo atienda en cualquiera de nuestras ubicaciones.
- Todos los empleados, el personal médico, los practicantes, los estudiantes y voluntarios en cualquiera de nuestras ubicaciones.
- Todo el personal médico afiliado y sus empleados que sean parte de un Acuerdo organizado de atención médica con Westchester Medical Center. Un Acuerdo organizado de atención médica es, en parte, un centro clínico integrado en donde las personas generalmente reciben atención médica de parte de más de un proveedor de atención médica.
- Todos los asociados comerciales del Centro, que se describen a continuación.

### IMPORTANTE RESUMEN DE LA INFORMACIÓN

**Requisito de autorización escrita.** El Centro generalmente obtendrá su autorización escrita antes de utilizar su información de salud o de compartirla con otros fuera del Centro. Usted también puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona completando un formulario de autorización por escrito. Si nos brinda una autorización por escrito, podrá revocar dicha autorización en cualquier momento, salvo que ya hayamos cumplido con su pedido. Para revocar una autorización escrita, escriba a:

Westchester Medical Regional Physicians Services, P.C.  
A/A: Director of Operations,  
19 Bradhurst Ave, Suite 2750,  
Hawthorne, NY 10532

**Excepciones al requisito de autorización escrita.** Existen algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización escrita antes de utilizar su información de salud o de compartirla con otros. Estas son:

- *Excepción para tratamiento, pago y operaciones comerciales.* Podemos utilizar y divulgar su información de salud para tratar su enfermedad, cobrar por ese tratamiento o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. En algunos casos, también podemos divulgar su información de salud a otro proveedor de atención médica o a la parte responsable del pago para sus actividades de pago y algunas de sus operaciones comerciales. Para obtener más información, consulte Tratamiento, pago y operaciones comerciales.

- *Excepción por necesidad pública.* Podemos utilizar o divulgar su información de salud en ciertas situaciones para cumplir con la ley o satisfacer importantes necesidades públicas. Por ejemplo, podemos compartir su información con funcionarios de salud pública del estado de Nueva York u otros departamentos de salud que están autorizados a investigar y a controlar la propagación de enfermedades. Para acceder a más ejemplos, consulte Necesidad pública.

- *Excepción si la información es completa o parcialmente anónima.* Podemos utilizar o divulgar su información de salud si hemos retirado toda información que podría identificarlo, a fin de que la información de salud sea “completamente anónima”. También podemos utilizar y divulgar “información parcialmente anónima” si la persona que recibirá la información acuerda por escrito proteger la privacidad de la información. Para obtener más información, consulte Información parcial o completamente anónima.

**Cómo acceder a su información de salud.** Por lo general, usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud. Para obtener más información, consulte Derecho a inspeccionar y obtener una copia de los registros.

**Cómo corregir su información de salud.** Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta. Para obtener más información, consulte Derecho a modificar los registros.

**Cómo identificar a otros que han recibido su información de salud.** Usted tiene derecho a recibir un “informe de divulgaciones”, que identifique a las personas u organizaciones a las que hemos divulgado su información de salud, de acuerdo con las protecciones descritas en este Aviso de prácticas de privacidad. Varias divulgaciones de rutina que realizamos no estarán incluidas en este informe, sino que el informe establecerá todas las divulgaciones de su información que no son de rutina (que no estén relacionadas con las operaciones comerciales, la facturación o el tratamiento clínico). Para obtener más información, consulte Derecho a un informe de divulgaciones.

**Cómo solicitar protecciones de privacidad adicionales.** Usted tiene derecho a solicitar más restricciones sobre el modo en que utilizamos o compartimos con otros su información de salud. No estamos obligados a aceptar las restricciones que usted solicita, pero, si lo hacemos, estaremos obligados por el acuerdo. Para obtener más información, consulte Derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales.

**Cómo solicitar comunicaciones más confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que lo contactemos en un modo que sea más confidencial para usted, como en su casa en vez de en el trabajo. Trataremos de acatar todo pedido razonable. Para obtener más información, consulte Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.

**Cómo una persona puede actuar en su nombre.** Usted tiene derecho a nombrar a un representante personal que puede actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información de salud. Por lo general, los padres tendrán derecho a controlar la privacidad de la información de salud de los menores, a menos que los menores, por ley, puedan actuar en su nombre. Si se ha designado a un tutor, dicho tutor puede actuar en su nombre, de acuerdo con las facultades otorgadas por el tribunal.

**Cómo conocer sobre las protecciones especiales para VIH, abuso de alcohol y sustancias, salud mental e información genética.** Las protecciones especiales de privacidad se aplican a la información relacionada con el VIH, la información relacionada con tratamientos por abuso de sustancias y alcohol, la información sobre la salud mental y la información genética. Es posible que algunas partes de este Aviso de prácticas de privacidad no se apliquen a estos tipos de información. Si su tratamiento implica esta información, le brindarán un aviso

separado que explica de qué manera se protegerá su información. Para solicitar copias de estos otros avisos, comuníquese con el Encargado de privacidad llamando al (914) 493-2600.

**Cómo obtener una copia de este aviso.** Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento, aun si previamente ha acordado recibir este aviso de manera electrónica. Para hacerlo, llame al Encargado de privacidad al (914) 493-2600. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web en [www.westchestermedicalcenter.com/regionalphysicianservices](http://www.westchestermedicalcenter.com/regionalphysicianservices), o puede solicitar una copia en su próxima visita a alguno de nuestros centros privados.

**Cómo obtener una copia del aviso revisado.** Oportunamente, podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, revisaremos este aviso para que tenga un resumen preciso de nuestras prácticas. El aviso revisado se aplicará a toda su información de salud. Publicaremos cualquier aviso revisado en todas las ubicaciones de nuestros centros. También podrá obtener su propia copia del aviso revisado si accede a nuestro sitio web en [www.westchestermedicalcenter.com/regionalphysicianservices](http://www.westchestermedicalcenter.com/regionalphysicianservices), o puede solicitar una copia en su próxima visita. La fecha de entrada en vigencia de este aviso aparecerá siempre en la esquina superior derecha de la primera página. Estamos obligados a cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigencia.

**Cómo presentar una queja.** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Para presentarnos la queja, comuníquese con el Encargado de privacidad de Westchester Medical Regional Physician Services llamando al (914) 493-2600. Nadie tomará represalias ni llevará a cabo una acción en su contra por presentar una queja.

## QUÉ INFORMACIÓN DE SALUD ESTÁ PROTEGIDA

El Centro se ha comprometido a proteger la privacidad de la información que obtenemos cuando le brindamos servicios de atención médica. Algunos ejemplos de información de salud protegida son:

- información que indica que usted es paciente del Centro o que recibe tratamiento u otro servicio relacionado con la salud de parte de nuestros proveedores;
- información sobre su afección médica (tal como una enfermedad que pueda tener);
- información sobre productos o servicios de atención médica que ha recibido o pueda recibir en el futuro (tales como una operación); o
- información sobre sus beneficios de atención médica en virtud de un plan de seguro (tal como si una receta está cubierta) cuando se combina con información demográfica (como su nombre, dirección o condición con respecto al seguro);
- números únicos que pueden identificarlo (tales como su número de seguro social, su número de teléfono o su número de licencia de conducir); y
- otro tipo de información que pueda identificarlo.

La mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas de psicoterapia, los usos de la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para fines de comercialización y las divulgaciones que constituyen la venta de PHI requieren de su autorización.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN ESCRITA

Para su información, hemos incluido a continuación una explicación más detallada de cómo el Centro puede utilizar y divulgar su información de salud sin su autorización escrita.

## 1. Tratamiento, pago y operaciones comerciales

Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros para tratar su afección, obtener el pago de ese tratamiento y llevar a cabo operaciones comerciales. En algunos casos, también podemos divulgar su información de salud para actividades de pago y ciertas operaciones comerciales de otro proveedor de atención médica o persona encargada del pago. A continuación ofrecemos más ejemplos de cómo se puede utilizar y divulgar su información para estos fines.

**Tratamiento.** Podemos compartir su información de salud con médicos o enfermeros que estén involucrados en su atención, y ellos, a su vez, pueden utilizar esa información para realizar el diagnóstico o tratamiento. Un médico del Centro puede compartir su información de salud con otro proveedor para determinar cómo diagnosticarlo o tratarlo. Su médico también puede compartir su información de salud con otro proveedor a quien le han derivado para continuar con su atención médica.

**Pago.** Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros para que podamos recibir el pago en concepto de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre usted con su compañía del seguro de salud para obtener un reembolso luego de que haya recibido tratamiento o para determinar si cubrirá el tratamiento. También es posible que debamos informar a su compañía del seguro de salud sobre su afección para obtener una aprobación previa del tratamiento, como realizarle pruebas de diagnóstico o procedimientos en el consultorio o autorizaciones previas para internarlo en el hospital, si corresponde. Por último, podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica y partes responsables del pago para las actividades de pago si la información tiene que ver con una relación que el proveedor o la parte responsable del pago tiene o había tenido previamente con usted, y si la ley federal obliga al proveedor o a la parte responsable del pago a proteger la privacidad de su información de salud.

**Operaciones comerciales.** Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal que se ocupa de su atención o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que le brindan. Por último, podemos compartir su información de salud con otros proveedores de atención médica y partes responsables del pago para ciertas operaciones comerciales si la información tiene que ver con una relación que el proveedor o la parte responsable del pago tiene o había tenido previamente con usted, y si la ley federal obliga al proveedor o a la parte responsable del pago a proteger la privacidad de su información de salud.

**Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios.** Durante el tratamiento, podemos utilizar su información de salud para contactarlo a fin de recordarle una cita para recibir tratamiento o servicios en el Centro. También podemos utilizar su información de salud para recomendar posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que le pueden interesar.

**Programa para recaudar fondos.** Para apoyar nuestras operaciones comerciales, podemos utilizar información demográfica sobre usted, la cual incluye información sobre su edad y género, el lugar donde vive o trabaja, y las fechas en que recibió tratamiento, a fin de contactarlo para recaudar fondos para ayudar con el funcionamiento del hospital. También podemos compartir esta información con una fundación de caridad que lo contactará para recaudar fondos en nuestro nombre. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones acerca de las actividades de recaudación de fondos. Puede comunicarse con nuestro departamento de marketing escribiendo un correo electrónico a [WMCMarketing@wmchealth.org](mailto:WMCMarketing@wmchealth.org) o llamando al (914) 493.8024.

**Asociados comerciales.** Podemos divulgar su información de salud a contratistas, agentes y otros asociados comerciales que necesitan información para ayudarnos a obtener pagos o a llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con una empresa de facturación que nos ayuda a gestionar el pago de su plan de seguro. Otro ejemplo es que podemos compartir su información de salud con una firma contable o firma legal que nos brindan asesoramiento profesional sobre cómo mejorar nuestros servicios de atención médica y cumplir con la ley. Si divulgamos su información de salud a un asociado comercial, contaremos con un contrato escrito para asegurarnos de que nuestros asociados comerciales también protejan la privacidad de su información de salud.

## 2. Familiares y amigos

**Familiares y amigos que participan en su atención.** Si usted no presenta objeciones, podemos compartir su información de salud con un familiar, pariente o amigo cercano que participe o pague por su atención.

## 3. Necesidad pública

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros, para cumplir con la ley o para satisfacer importantes necesidades públicas que se describen a continuación.

**Según lo requiere la ley.** Podemos utilizar o divulgar su información de salud si la ley nos obliga a hacerlo. También le notificaremos a usted sobre estos usos y divulgaciones si la ley lo requiere.

**Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios autorizados de salud pública (o a una agencia del gobierno exterior que esté colaborando con tales funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con funcionarios del gobierno que son responsables de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Además podemos divulgar su información de salud a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda tener riesgo de contraer o propagar la enfermedad, si la ley nos permite hacerlo. Y, por último, podemos compartir parte de su información de salud con su empleador si su empleador nos contrata para que le realicemos un examen físico y descubrimos que tiene una lesión o enfermedad relacionadas con el trabajo sobre la que su empleador debe conocer para cumplir con la ley laboral.

**Víctimas de abuso, descuido o violencia doméstica.** Podemos revelar su información de salud a una autoridad de salud pública que esté autorizada a recibir informes de abuso, descuido o violencia doméstica. Por ejemplo, podemos informar a funcionarios del gobierno si creemos, razonablemente, que usted ha sido víctima de tal abuso, descuido o violencia doméstica. Haremos los esfuerzos posibles para obtener su permiso antes de revelar esta información, pero en algunas ocasiones, podemos estar obligados o autorizados a actuar sin su permiso.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos revelar su información de salud a agencias del gobierno autorizadas a llevar a cabo auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestros centros. Estas agencias del gobierno controlan la operación del sistema de salud, los programas de beneficios del gobierno, tales como Medicare y Medicaid, y el cumplimiento con programas reguladores del gobierno y leyes de derechos civiles.

**Retiro del mercado, reparación y control de productos.** Podemos divulgar su información de salud a una persona o compañía que esté regulada por la Administración de Drogas y Alimentos con el objetivo de (1) informar o realizar el seguimiento de productos con defectos o problemas; (2) reparar, reemplazar o retirar del mercado productos peligrosos o defectuosos; o (3) controlar el rendimiento de un producto luego de que ha sido aprobado para su uso por el público en general.

**Juicios y controversias.** Podemos divulgar su información de salud si nos lo ordena una corte o un tribunal administrativo que maneja un juicio o una controversia.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su información de salud a agentes policiales por las siguientes razones:

- Para cumplir con órdenes judiciales o leyes que debemos respetar.
- Para ayudar a agentes policiales a identificar o ubicar sospechosos, fugitivos, testigos o personas perdidas.
- Si usted ha sido víctima de un delito y determinamos que: (1) no hemos podido obtener su consentimiento, debido a una emergencia o su incapacidad; (2) los agentes policiales necesitan esta información de manera inmediata para cumplir con sus deberes policiales; y (3) de acuerdo a nuestro juicio profesional, la divulgación de información a estos oficiales es por su bien.

- Si sospechamos que su muerte fue resultado de una conducta delictiva.
- Si es necesario informar un delito que se llevó a cabo en nuestra propiedad.
- Si es necesario informar un delito que se descubrió durante una emergencia médica fuera del lugar (por ejemplo, por técnicos médicos de emergencia en la escena del delito).

**Para impedir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad.** Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros cuando es necesario impedir una amenaza seria o inminente a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona o del público. En tales casos, solo compartiremos su información de salud con alguien que pueda impedir tal amenaza. También podemos divulgar su información de salud a agentes policiales si usted nos informa que participó en un delito violento que puede haber causado daño físico grave a otra persona (a menos que usted admita el hecho cuando se encuentra en terapia), o si determinamos que se escapó de custodia legal (ya sea de la prisión o de una institución de salud mental).

**Seguridad nacional y actividades de inteligencia o servicios de protección.** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados que están llevando a cabo actividades de inteligencia y seguridad nacional u ofreciendo servicios de protección al presidente u otros funcionarios importantes.

**Militares y veteranos.** Si usted está en las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información de salud a las autoridades de comando militar que corresponda para las actividades que ellos consideren necesarias, a fin de llevar a cabo su misión militar. También podemos revelar su información de salud sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera que corresponda.

**Presos e instituciones correccionales.** Si usted está preso o un agente policial lo detiene, podemos divulgar su información de salud a los oficiales de la prisión o la policía si fuese necesario para brindarle atención médica, o para mantener la seguridad y el orden en el lugar en donde se encuentre encerrado. Esto incluye compartir información que es necesaria para proteger la salud y la seguridad de otros presos o de las personas que participan en la supervisión o el transporte de los presos.

**Indemnización del trabajador.** Podemos divulgar su información de salud para el programa de indemnización del trabajador u otros programas similares que brindan beneficios en caso de lesiones relacionadas con el trabajo.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerales.** En el infortunado caso de su muerte, podemos divulgar su información de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. Además podemos revelar esta información a directores de funerales, según sea necesario para cumplir con sus obligaciones.

**Donación de órganos y de tejidos.** En el infortunado caso de su muerte, podemos divulgar su información de salud a organizaciones que obtienen o almacenan órganos, ojos u otros tejidos, para que estas organizaciones puedan investigar si la donación o el trasplante son posibles según las leyes vigentes.

**Investigación.** En la mayoría de los casos, solicitaremos su autorización escrita antes de utilizar su información de salud o de compartirla con otros para llevar a cabo una investigación. Sin embargo, en algunas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información de salud sin su autorización escrita si obtenemos la aprobación a través de un proceso especial para asegurarnos de que la investigación sin su autorización escrita represente un riesgo mínimo a su privacidad. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia permitiremos que los investigadores utilicen su nombre o identidad públicamente. También podemos revelar su información de salud sin su autorización escrita a personas que estén preparando un futuro proyecto de investigación, siempre y cuando la información que lo identifique a usted no salga de nuestro Centro. En el infortunado caso de su muerte, podemos compartir su información de salud con personas que estén llevando a cabo investigaciones utilizando información de personas fallecidas, siempre y cuando ellos acepten no retirar de nuestro Centro la información que pueda identificarlo.

#### **4. Información parcial o completamente anónima**

Podemos utilizar y divulgar su información de salud si hemos eliminado toda información que podría identificarlo, para que la información de salud sea “completamente anónima”. Además podemos utilizar y divulgar su información de salud “parcialmente anónima” si la persona que recibirá la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información, según lo requiere la ley federal y estatal. La información de salud parcialmente anónima no contendrá información que lo podría identificar directamente (tal como su nombre, domicilio postal, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia).

#### **5. Divulgaciones incidentales**

Si bien nosotros tomaremos las medidas razonables para salvaguardar la privacidad de su información de salud, ciertas divulgaciones de su información de salud pueden ocurrir durante nuestros usos o divulgaciones permitidos de su información de salud o como resultado inevitable de ellos. Por ejemplo, durante el curso de una sesión de tratamiento, otros pacientes en el área de tratamiento pueden ver o escuchar una conversación sobre su información de salud.

No se realizarán otros usos ni divulgaciones de su información de salud protegida no descritos en este Aviso de prácticas de privacidad sin su autorización.

### **SUS DERECHOS DE ACCEDER Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Queremos que usted sepa que tiene los siguientes derechos para acceder y controlar su información de salud. Estos derechos son importantes porque lo ayudarán a asegurarse de que la información de salud que nosotros tenemos sobre usted es correcta. Además lo puede ayudar a controlar el modo en que utilizamos y compartimos con otros su información, o el modo en que nos comunicamos con usted sobre cuestiones médicas.

#### **1. Derecho a: Inspeccionar y obtener una copia de los registros**

Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de toda su información de salud que se utiliza para tomar decisiones acerca de usted y su tratamiento mientras nosotros mantengamos esta información en nuestros registros. Esto incluye registros de facturación e información médica. Para inspeccionar u obtener una copia de su información de salud, envíe su solicitud por escrito a:

Westchester Medical Regional Physicians Services, P.C.  
A/A: Director of Operations,  
19 Bradhurst Ave, Suite 2750,  
Hawthorne, NY 10532

Si usted solicita una copia de la información, se le cobrará una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros gastos en los que incurramos para satisfacer su pedido. La tarifa estándar es de \$0,75 por página (para las copias impresas de sus registros) y, por lo general, debe pagarse 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 nuestro Centro y en un plazo de 60 días si se encuentra fuera del centro en un depósito. Si necesitamos tiempo adicional para responder a un pedido de copias, le notificaremos por escrito en el plazo antes mencionado y explicaremos las razones de la demora y cuándo podrá tener una respuesta definitiva a su pedido.

En muy pocas circunstancias, podemos negarnos a su pedido para inspeccionar u obtener una copia de su información. Si lo hacemos, le brindaremos un resumen de esa información en su lugar. También le suministraremos una notificación escrita que explique las razones por las que le proveemos solo un resumen y una descripción completa de sus derechos para apelar esa decisión e información sobre cómo puede ejercer

esos derechos. La notificación también incluirá información sobre cómo presentar una queja sobre estas cuestiones ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Si tenemos razones para negarle solamente una parte de su pedido, le brindaremos acceso completo a las partes restantes luego de excluir la información que no podemos dejar que usted inspeccione o copie.

## **2. Derecho a modificar los registros**

Si usted cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que modifiquemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una modificación siempre y cuando la información esté guardada en nuestros registros. Para solicitar una modificación, escriba a:

Westchester Medical Regional Physicians Services, P.C.  
A/A: Director of Operations,  
19 Bradhurst Ave, Suite 2750,  
Hawthorne, NY 10532

Su pedido deberá incluir las razones por las que usted piensa que deberíamos realizar la modificación. Generalmente, responderemos a su pedido en un plazo de 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder, le notificaremos por escrito en un plazo de 60 días explicando las razones de la demora y cuándo recibirá la respuesta definitiva a su pedido.

Si denegamos la totalidad o parte de su pedido, le brindaremos un aviso por escrito que explique las razones por las que tomamos tal determinación. Usted tendrá derecho a tener cierta información relacionada con la solicitud de modificación incluida en sus registros. Por ejemplo, si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá la oportunidad de presentar una declaración explicando su disconformidad, la cual se incluirá en sus registros. También incluiremos información sobre cómo presentar una queja sobre estas cuestiones ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Estos procedimientos se explicarán en más detalle en un aviso de denegación escrito que le enviaremos.

## **3. Derecho a un informe de divulgaciones**

Desde el 14 de abril de 2003, usted tiene el derecho de solicitar un “informe de divulgaciones” que identifique a ciertas otras personas u organizaciones a las que hayamos divulgado su información de salud de acuerdo con la ley vigente y los procedimientos mencionados en este Aviso de prácticas de privacidad. Un informe de divulgaciones no describe los modos en que el Centro ha compartido su información de salud, siempre y cuando se hayan respetado todas las demás protecciones descritas en este Aviso de prácticas de privacidad (tal como la obtención de las aprobaciones correspondientes antes de compartir su información de salud con nuestros médicos para realizar investigaciones).

Un informe de divulgaciones tampoco incluye información sobre las siguientes divulgaciones:

- Divulgaciones que realizamos a usted o a su representante personal.
- Divulgaciones que realizamos según su autorización escrita.
- Divulgaciones que realizamos para tratamientos, pagos u operaciones comerciales.
- Divulgaciones realizadas a sus amigos y familiares que participan en su atención o el pago de su atención.
- Divulgaciones incidentales a usos y divulgaciones permitidos de su información de salud (por ejemplo, cuando otro paciente que pasa por casualidad escucha su información).
- Divulgaciones con fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones comerciales de partes limitadas de su información de salud que no lo identifican de manera directa.



- Divulgaciones realizadas a funcionarios federales por motivos de seguridad nacional y actividades de inteligencia.
- Divulgaciones sobre presos a instituciones correccionales o agentes policiales.
- Divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

Para solicitar un informe de divulgaciones, escriba a:

Westchester Medical Regional Physicians Services, P.C.  
A/A: Director of Operations,  
19 Bradhurst Ave, Suite 2750,  
Hawthorne, NY 10532

Su pedido debe especificar un periodo de tiempo dentro de los últimos seis (6) años (pero después del 14 de abril de 2003) para las divulgaciones que desee que incluyamos. Por ejemplo, usted puede solicitar una lista de las divulgaciones que realizamos entre el 1 de enero de 2011 y el 1 de enero de 2010. Usted tiene derecho a recibir un informe por cada periodo de 12 meses de manera gratuita. Sin embargo, le podemos cobrar el costo de proveer informes adicionales en el mismo periodo de 12 meses. Siempre le notificaremos sobre cualquier costo, para que usted pueda elegir retirar o modificar su pedido antes de incurrir en algún costo.

Generalmente responderemos a su pedido de un informe de divulgaciones en un plazo de 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para preparar el informe que usted ha solicitado, le notificaremos por escrito sobre la razón de la demora y la fecha en que recibirá el informe. En raras ocasiones, es probable que demoremos al brindarle la información sin notificarle de la demora porque un agente policial o una agencia del gobierno nos lo ha solicitado así.

#### **4. Derecho a ser notificado en caso de incumplimiento de la privacidad**

Usted recibirá una notificación del Centro si se produce un incumplimiento relacionado con su información de salud protegida.

#### **5. Derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales**

Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos aún más el modo en que usamos y divulgamos su información de salud para tratar su afección, cobrar por dicho tratamiento o realizar nuestras operaciones comerciales. También puede solicitar que limitemos cómo divulgamos su información a su familia o amigos que participan en su atención. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información sobre una cirugía que usted haya tenido. Para solicitar una restricción, escriba a:

Westchester Medical Regional Physicians Services, P.C.  
A/A: Director of Operations,  
19 Bradhurst Ave, Suite 2750,  
Hawthorne, NY 10532

Su pedido de solicitud debe incluir (1) qué información quiere limitar; (2) si quiere limitar el modo en que utilizamos la información, cómo la compartimos con otros, o ambas cosas; y (3) a quién quiere que se apliquen los límites.

No estamos obligados a aceptar su pedido de restricción y, en algunos casos, es posible que las restricciones que solicita no estén permitidas por ley. Sin embargo, si aceptamos, estaremos obligados por nuestro acuerdo, a menos que se necesite la información para brindarle un tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley. Una vez que hayamos aceptado una restricción, usted tiene el derecho a revocar tal restricción en cualquier momento. En algunas circunstancias, también nosotros tendremos derecho a revocar la restricción, siempre y

cuando le notifiemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de poder revocar la restricción.

## **6. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas de un modo más confidencial, al pedimos que nos comuniquemos utilizando otros métodos o a lugares alternativos. Por ejemplo, usted nos puede solicitar que lo contactemos en su casa, en vez de en su trabajo. Para solicitar comunicaciones más confidenciales, escriba a:

Westchester Medical Regional Physicians Services, P.C.  
A/A: Director of Operations,  
19 Bradhurst Ave, Suite 2750,  
Hawthorne, NY 10532

No le preguntaremos la razón de su pedido y trataremos de responder todos los pedidos razonables. Especifique en su pedido cómo y dónde quiere que lo contactemos y cómo se gestionará el pago de su atención médica si nos comunicamos con usted a través de este método o lugar alternativo.

## **7. Derecho a restringir la divulgación de su PHI a su plan médico.**

Usted tiene el derecho de restringir determinadas divulgaciones de información de salud protegida a su plan médico (es decir, la aseguradora de salud) si paga mediante un desembolso personal la totalidad del producto o servicio de atención médica.