



Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO DETENIDAMENTE.

I. Quiénes somos:

Somos miembros de Atlantic Health System, Inc. Este aviso describe las prácticas de privacidad de Atlantic Health System (sus hospitales, otros centros médicos y compañías) y de los médicos, las enfermeras, los técnicos y otras personas que trabajan en o conjuntamente con Atlantic Health System ("Atlantic," "nosotros" o "nuestro").

II. Nuestro compromiso con su privacidad:

Estamos comprometidos a mantener la privacidad de su información médica. Cuando prestamos nuestros servicios, creamos expedientes sobre usted y sobre el tratamiento y los servicios que le brindamos (que incluyen expedientes relacionados con tratamiento psiquiátrico, de abuso del alcohol o de drogas o de sus respectivos tratamientos, o estado de VIH, si corresponde). Estos expedientes son de nuestra propiedad. No obstante, la ley nos exige que mantengamos la privacidad de la información médica sobre usted ("Información médica protegida" [PHI, por sus siglas en inglés]) y que le proporcionemos este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Cuando usamos o divulgamos su PHI, se nos exige que respetemos los términos de este aviso (u otro aviso que se encuentre vigente al momento del uso o de la divulgación de la información).

III. Usos y divulgaciones con su autorización:

A. Uso o divulgación con su autorización. Podemos usar o divulgar la PHI únicamente cuando (1) nos brinde su autorización por escrito a través de un formulario ("Su autorización") que cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), que incluye determinadas actividades de mercadotecnia, venta de información de salud y (con algunas excepciones) la divulgación de notas de psicoterapia acerca de usted o (2) cuando se dé una excepción descrita en la Sección IV. Además, excepto en la medida en que hayamos tomado alguna medida sobre la base de Su autorización, usted puede revocarla por medio de una declaratoria de revocación por escrito dirigida a la directora de privacidad que se especifica en la Sección VII.

B. Información genética. Excepto en determinados casos (como un examen de paternidad para un procedimiento judicial, investigaciones anónimas, requisitos de pruebas de detección en recién nacidos o conforme a una orden judicial), obtendremos Su autorización antes de obtener o retener su información genética (por ejemplo, su muestra de ADN). Podemos usar o divulgar su información genética por

cualquier motivo únicamente cuando Su autorización haga referencia explícita a su información genética o si se permite la divulgación de acuerdo con la Ley del Estado de Nueva Jersey (que incluye, por ejemplo, casos en los que la divulgación es necesaria para una investigación criminal, para determinar la paternidad, realizar pruebas de detección en recién nacidos, identificar su cuerpo o según lo autorice una orden judicial).

C. Información acerca del SIDA o VIH y ciertas enfermedades venéreas. Si la PHI contiene información relacionada con el SIDA o con el VIH, esa información es confidencial y generalmente no la divulgaremos sin Su autorización, en la cual se haga referencia explícita a la divulgación de información relacionada con el SIDA o con el VIH. Sin embargo, dicha información se podrá divulgar sin Su autorización al personal médico que participa directamente en su tratamiento médico. Si se considera que usted no tiene capacidad para tomar decisiones, podemos divulgar dicha información (únicamente si es necesario y a menos que usted solicite lo contrario) a la persona responsable de tomar decisiones de atención médica en su nombre (cónyuge, cuidador primario, familiar correspondiente, etc.). En determinadas circunstancias, dicha información también se puede divulgar sin Su autorización para realizar investigaciones científicas, ciertas funciones de auditoría y de administración, y según lo permita o lo exija la ley o una orden judicial.

D. Programas para el abuso de alcohol o drogas. Si la PHI contiene información relacionada con el tratamiento proporcionado en uno de nuestros programas para el abuso de alcohol o de drogas, esa información es confidencial y no se deberá divulgar sin Su autorización, en la que haga referencia explícita a la divulgación de información relacionada con el abuso de alcohol o de drogas excepto según lo indique la ley aplicable, que incluye regulaciones federales con respecto a la confidencialidad de los expedientes de consumo de alcohol y drogas del paciente.

IV. Usos y divulgaciones sin su autorización:

A. Uso y/o divulgación de la información para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. A excepción de lo que se describe en las Secciones III B, C y D, podemos usar y/o divulgar la PHI sin Su autorización para el tratamiento que le brindemos, para obtener el pago de los servicios proporcionados y para realizar operaciones de atención médica (por ej., administración interna, mejora de la calidad, servicio de atención al cliente, etc.), según se detalla a continuación:

- **Tratamiento.** Podemos usar y divulgar su PHI para brindarle tratamiento y otros servicios. Por ejemplo, el médico que trata su enfermedad o lesión puede preguntarle a otro médico acerca de su estado general de salud. También podemos divulgar su PHI para las actividades de tratamiento que lleve a cabo otro proveedor de atención médica.

Además, a menos que elija la opción de exclusión (por ej., si no está de acuerdo o se niega) según lo descrito en la Sección V, I., cualquier proveedor de atención médica autorizado que acepte participar en Jersey Health Connect, Epic Care Everywhere y en otros intercambios de información médica (Health Information Exchanges, [HIE, por sus siglas en inglés]), puede obtener acceso de manera electrónica y usar su PHI para brindarle un tratamiento. Si usted elige la opción de exclusión de cada HIE según lo especificado en la Sección V, I., no se compartirá su PHI de manera electrónica a través de la red de HIE. Sin embargo, esto no afectará la manera en la que se utiliza, se divulga y se obtiene acceso a su información, de acuerdo con lo establecido por este aviso y por la ley.

- **Pago.** Podemos usar y divulgar su PHI para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos, por ejemplo, divulgaciones para solicitar y obtener el pago de su compañía aseguradora, de su HMO o de otra compañía que organice o pague el costo de toda o una parte de su atención médica ("su pagador") para verificar que su pagador pague la atención médica. También podemos divulgar su PHI a otro proveedor de atención médica para las actividades de pago de ese proveedor de atención médica.
- **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención médica, las cuales incluyen actividades de administración interna y planificación, y varias actividades que mejoran la calidad y la rentabilidad de la atención que le proporcionamos (incluida la operación y la resolución de problemas relacionados con nuestra tecnología de información de salud). Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar la calidad y la competencia de nuestros médicos, enfermeras y otros trabajadores de la atención médica. Además, podemos divulgar su PHI a entidades externas que otorgan licencias o acreditaciones para realizar una revisión del hospital y entregarle una licencia. Podemos divulgar su PHI a nuestros representantes de los pacientes para resolver cualquier queja que usted pueda tener y para garantizar que se sienta cómodo con nosotros. Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a otro proveedor de atención médica para las operaciones de atención médica de ese proveedor si ya sea que lo haya tratado o examinado y su PHI está relacionada con ese tratamiento o examen.

B. Uso o divulgación para el directorio de personas de Atlantic. A menos que elija la opción de exclusión (por ej., si no está de acuerdo o se niega), podemos incluir su nombre, ubicación en Atlantic, estado de salud general y afiliación religiosa en un directorio de pacientes. La información en el directorio se puede divulgar a cualquier persona que la solicite especificando el nombre de usted o a los miembros del clero (siempre y cuando, la afiliación religiosa se divulgue únicamente a los miembros del clero). Puede elegir la opción de exclusión del directorio. Para ello, comuníquese con nuestra directora de privacidad. Si elige la opción de exclusión, no podemos informarle al público ni a sus familiares y amigos que

usted está hospitalizado. Piense detenidamente acerca de las consecuencias de elegir la opción de exclusión.

C. Divulgación a familiares y amigos cercanos.

Podemos divulgar su PHI a un familiar, a otro pariente, a un amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted especifique si usted está presente en el momento de la divulgación o, de lo contrario disponible antes de dicha divulgación, si: (1) obtenemos su autorización; (2) le brindamos la oportunidad de oponerse a la divulgación y usted no se opone; o (3) por razones fundadas inferimos que usted no se opone a la divulgación. Si usted no está presente o no se le puede brindar la oportunidad de aceptar o de oponerse de manera práctica al uso o a la divulgación debido a su incapacidad o una situación de emergencia, podemos utilizar nuestro criterio profesional para determinar si la divulgación es lo mejor para usted. Si divulgamos la información a un familiar, a otro pariente, a un amigo personal cercano o a otra persona que usted especifique, solo divulgaremos la información directamente relevante a la participación de esa persona en su atención médica, en el pago relacionado con su atención médica o en lo necesario para los fines de notificación.

D. Comunicaciones de recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted para solicitarle una contribución deducible de impuestos para apoyar actividades de recaudación de fondos de Atlantic. Con respecto a cualquier actividad de recaudación de fondos sin Su autorización, podemos divulgar a nuestra fundación relacionada/al personal que trabaja en la recaudación de fondos la siguiente información sobre usted: información demográfica (por ej., su nombre, dirección, otra información de contacto, edad, género y fecha de nacimiento), fechas en las que le brindamos atención médica, información sobre el departamento del servicio, médico tratante, información sobre el resultado y estado del seguro médico. Usted tiene derecho a elegir la opción de exclusión para no recibir nuestras comunicaciones sobre recaudaciones de fondos. Si no desea recibir solicitudes de recaudación de fondos, debe notificárselo a nuestra directora de privacidad.

E. Actividades de salud pública. Podemos divulgar su PHI para objetivos y actividades de salud pública, incluidos, entre otros: (1) para proporcionar información de salud a las autoridades de salud pública, con el objetivo de prevenir o de controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; (2) para denunciar abuso y negligencia infantil a las autoridades de salud pública o a otras autoridades gubernamentales autorizadas por ley para recibir dichas denuncias; (3) para proporcionar información sobre productos bajo la jurisdicción de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos; (4) para alertar a una persona que podría haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otro modo pueda correr riesgo de contraer o de propagar una enfermedad o afección; (5) para proporcionarle información a su empleador según lo exijan las leyes acerca de enfermedades y lesiones laborales o de vigilancia médica en el lugar de trabajo, y (6) para informarle a la escuela su estado de vacunación, si la escuela solicita un comprobante de vacunación y usted o su padre/madre aceptan la divulgación de tal información.

F. Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud que supervise el sistema de atención médica y garantice el cumplimiento de las reglas de los programas de salud gubernamentales, como Medicare o Medicaid.

G. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos divulgar su PHI durante la realización de un procedimiento judicial o administrativo como respuesta a una orden judicial o a otras acciones legales.

H. Agentes del orden público. Podemos divulgar su PHI a la policía o a otros agentes del orden público, incluyendo conforme a lo que exija la ley; en cumplimiento con una orden judicial; en respuesta a una solicitud de información acerca de una víctima de un delito, un sospechoso, un fugitivo, un testigo o una persona desaparecida; o para informar sobre una muerte, un delito o una situación de emergencia.

I. Difuntos. Podemos divulgar su PHI a un médico forense o a un médico legista, según lo autorice la ley. También podemos divulgar información médica sobre los pacientes de Atlantic al director de una funeraria, según sea necesario, para que esta persona pueda realizar sus tareas.

J. Obtención de órganos y tejidos. Podemos divulgar su PHI a organizaciones que faciliten la obtención, el depósito en bancos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

K. Investigaciones. Podemos usar o divulgar su PHI sin su consentimiento ni autorización para usarla en investigaciones, en los casos en los que la ley lo autorice.

L. Salud o seguridad. Podemos usar o divulgar su PHI para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

M. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos usar o divulgar su PHI para la realización de determinadas funciones gubernamentales, entre las que se incluyen asuntos militares, de seguridad nacional, protección presidencial y asuntos relacionados con los veteranos de guerra.

N. Indemnización laboral. Podemos divulgar su PHI según lo autorizado por la ley y en la medida en que sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con indemnización laboral o con otros programas similares.

O. Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Si bajo razones fundadas consideramos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental, incluidas las agencias de servicios sociales o de servicios de protección, autorizadas por ley a recibir denuncias de dicho abuso, negligencia o violencia doméstica.

P. Ejército y veteranos de guerra. Podemos divulgar su PHI según lo exijan las autoridades de comando militar si usted es miembro de las fuerzas armadas. También podemos divulgar PHI sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Q. Actividades de inteligencia y seguridad nacional. Podemos divulgar su PHI a los funcionarios federales autorizados para que lleven a cabo actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

R. Reclusos. Si usted es un recluso en una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un agente del orden público, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al agente del orden público.

- para que Atlantic le proporcione atención médica,
- para proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otras personas, o
- para la seguridad y la protección de la institución correccional

S. Intercambio de información médica (HIE). Atlantic y otros proveedores de atención médica participan en Jersey Health Connect, en Epic Care Everywhere y en otros HIE de acuerdo con lo que Atlantic Health System (AHS, por sus siglas en inglés) y los otros proveedores de atención médica puedan determinar ocasionalmente. Estos HIE permiten compartir la información del paciente de manera electrónica, por medio de una red conectada y segura. Los HIE les otorgan a sus proveedores de atención médica que participan en las redes de HIE acceso electrónico inmediato a su información médica pertinente para el tratamiento, el pago o ciertas operaciones de atención médica. Si no elige la opción de exclusión de cada HIE, su información estará disponible a través de dicha red de HIE a los proveedores autorizados participantes de acuerdo con este aviso y la ley. Si elige la opción de exclusión de cada HIE (como se describe en la Sección V, I.), impedirá que su información se comparta de manera electrónica a través de la red de HIE. Sin embargo, esto no afectará la manera en la que generalmente se usa, se divulga y se obtiene el acceso a su información de acuerdo con este aviso y la ley.

Cualquier excepción que le niegue a cualquier persona la opción de exclusión para que no se transmita su información a través del HIE deberá ser completamente respaldada por la ley estatal y federal.

T. Según lo exigido por la ley. Podemos usar y divulgar su PHI cuando sea requerido por cualquier otra ley o regulación que no hayan sido mencionadas en este documento.

V. Sus derechos individuales:

A. Para obtener más información o presentar quejas. Si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su PHI, puede comunicarse con nuestra directora de privacidad. También puede presentar quejas por escrito ante el director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si lo solicita, la directora de privacidad le proporcionará la dirección correspondiente de dicho director. No tomaremos represalias en su contra si presenta una queja ante nosotros o ante el director de la Oficina de Derechos Civiles.

B. Derecho a solicitar restricciones adicionales. Nos puede solicitar que no usemos ni divulguemos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o la realización de nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos si eso afectara su atención médica. Si usted realiza el pago total de su bolsillo por un servicio o un producto de atención médica, nos puede solicitar que no divulguemos esa información para el pago o para nuestras operaciones con su compañía aseguradora. Aceptaremos dicho pedido, a menos que la ley exija que divulguemos esa información. Si desea solicitar restricciones

adicionales, pídale un formulario de solicitud a nuestra directora de privacidad y envíele el formulario llenado. Le enviaremos una respuesta por escrito.

C. Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted sobre su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Para realizar dicho pedido, debe enviarle una solicitud por escrito a nuestra directora de privacidad.

D. Derecho a consultar y recibir una copia de su información médica.

Puede solicitar acceso al archivo de sus expedientes médicos y a los expedientes de facturación que tengamos, a fin de consultar y solicitar copias de los expedientes. En circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a una parte de sus expedientes. Si desea obtener acceso a sus expedientes, pídale un formulario de solicitud de expedientes a nuestra directora de privacidad y envíele el formulario llenado. Debe tener en cuenta que, si es uno de los padres o el tutor legal de un menor de edad, no podrá obtener acceso a ciertas partes de los expedientes médicos del menor de edad, según la ley aplicable (por ejemplo, expedientes sobre embarazo, aborto, enfermedad de transmisión sexual, consumo y abuso de sustancias, anticoncepción y/o servicios de planificación familiar).

E. Derecho a modificar sus expedientes. Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos la PHI que figura en su archivo de expedientes médicos o en los expedientes de facturación. Si desea modificar sus expedientes, pídale un formulario de solicitud de modificación a nuestra directora de privacidad y envíele el formulario llenado. Nosotros tenemos derecho a rechazar la solicitud de modificación. Si rechazamos su solicitud de modificación, le enviaremos una explicación por escrito de por qué rechazamos su solicitud y le explicaremos cuáles son sus derechos.

F. Derecho a recibir informe pormenorizado de divulgación.

Si lo solicita, puede obtener un informe pormenorizado de ciertas divulgaciones de PHI que hayamos realizado durante un período previo a la fecha de su solicitud, de acuerdo con las regulaciones y las leyes aplicables, siempre y cuando dicho período no supere los seis años y no se aplique a divulgaciones realizadas antes del 14 abril de 2003. Si solicita un informe pormenorizado más de una vez durante un período de doce (12) meses, podemos cobrarle el costo de proporcionarle dicho informe. Para solicitar un informe pormenorizado de divulgaciones, pídale un formulario de solicitud a nuestra directora de privacidad y envíele el formulario llenado.

G. Derecho a recibir aviso de accesos no autorizados.

Usted tiene derecho a que le notifiquemos cualquier acceso no autorizado de PHI no resguardada, según lo establecido por la ley.

H. Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Si lo solicita, puede obtener una copia impresa de este aviso, incluso si aceptó recibir dicho aviso de manera electrónica. También puede tener acceso a este aviso en nuestro sitio web: www.atlantichealth.org.

I. Derecho a elegir la opción de exclusión de las HIE.

Únicamente con respecto a Jersey Health Connect, si no desea permitir que los médicos, las enfermeras, los médicos clínicos y otros proveedores de atención médica autorizados que participan en su atención compartan de manera electrónica su PHI entre ellos a través de Jersey Health Connect, debe llenar, firmar y enviar el formulario de opción de exclusión de Jersey Health Connect por correo postal según las instrucciones que figuran en ese formulario, y se respetará cualquier decisión de exclusión que tome. Para obtener el formulario de opción de exclusión de Jersey Health Connect e información adicional visite www.jerseyhealthconnect.org.

Únicamente con respecto a Epic Care Everywhere, si no desea permitir que los médicos, las enfermeras, los médicos clínicos y otros proveedores de atención médica autorizados que participan en su atención compartan de manera electrónica su PHI entre ellos a través de Epic Care Everywhere, se le entregará un formulario de opción de exclusión en el consultorio de su proveedor de atención médica para que lo llene.

VI. Fecha de entrada en vigencia y duración de este aviso:

A. Fecha de entrada en vigencia: este aviso tiene vigencia a partir del 13 de abril de 2003.
Fechas de actualización: 1.º de octubre de 2011, 1.º de junio de 2012, 7 de junio de 2013, 15 de julio de 2014, 1.º de abril de 2017.

B. Derecho a cambiar los términos de este aviso.

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si cambiamos este aviso, los términos del aviso nuevo pueden aplicarse a toda la PHI que tengamos, incluida cualquier información creada o recibida antes de publicar el aviso nuevo. Si cambiamos este aviso, publicaremos el aviso nuevo en las zonas de espera de Atlantic y en nuestro sitio de Internet, en www.atlantichealth.org Para obtener cualquier aviso nuevo, también se puede poner en contacto con nuestra directora de privacidad.

VII. Directora de privacidad:

Puede comunicarse con la directora de privacidad:

Sra. Eva J. Goldenberg
Vicepresidenta de Cumplimiento Corporativo
y Auditoría Interna
Jefa de cumplimiento
Directora de privacidad
Atlantic Health System, Inc.
475 South Street, P.O. Box 1905
Morristown, New Jersey 07962
Número de teléfono: (973) 660-3143
Correo electrónico: eva.goldenberg@atlantichealth.org



**Atlantic
Health System**