

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre de 2013

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Se le proporciona el presente Aviso conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (“HIPAA”, por sus siglas en inglés), junto con las modificaciones de la Ley de Tecnología de la Información de Salud Clínica y Económica (“HITECH”, por sus siglas en inglés). Este Aviso describe cómo podemos usar o divulgar su información médica protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) conforme a la legislación federal.

La legislación nos exige que le proporcionemos este Aviso con el fin de informarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su PHI que conservamos. HIPAA, junto con las modificaciones de HITECH, establece determinadas obligaciones que debemos asumir respecto de su PHI y nos exige no divulgar la información médica que lo identifique. Asumimos esta obligación con seriedad. Cuando sea necesario usar o divulgar su PHI, cumpliremos todos los términos incluidos en el presente Aviso. Cada vez que nos permitan o soliciten compartir su PHI con otras personas, solamente proporcionaremos la cantidad mínima de datos necesarios para satisfacer dicha necesidad o solicitud, a menos que la legislación lo autorice de algún otro modo.

## I. USOS Y DIVULGACIÓN DE SU PHI QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN.

La legislación nos permite usar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito ni ninguna otra forma de autorización en determinadas circunstancias que se detallan a continuación. Ello significa que no debemos consultarle antes de usar o divulgar su PHI a los fines de brindarle tratamiento, solicitar el pago de nuestros servicios o llevar a cabo operaciones de atención médica. Además, podemos usar o divulgar su PHI sin su autorización para otras actividades, o a funcionarios federales y/o estatales.

- **Tratamiento, pago y operaciones de atención médica.**
  - Podemos usar y divulgar su PHI con el fin de brindarle tratamiento y prestarle servicios relacionados. Podemos divulgar su PHI a nuestros profesionales de atención médica, incluidos médicos, enfermeras y técnicos, a fin de ayudarlos a brindarle tratamiento, y también a los residentes y pasantes que ayuden en la prestación de su cuidado médico.
  - Podemos usar su información y enviar las partes pertinentes a sus aseguradoras con el objeto de determinar su elegibilidad y los beneficios por los servicios que usted recibe y obtener el pago de los servicios prestados.
  - Usted puede pagar su atención médica de forma privada, sin presentar una factura ante la aseguradora.
  - Podemos obtener acceso a su información o enviarla a nuestros abogados o contadores en caso de que necesitemos la información para abordar una de nuestras funciones comerciales, o a nuestros otros socios comerciales a fin de llevar a cabo nuestras operaciones.
- **A otros prestadores de atención médica.** Podemos divulgar su PHI a otros profesionales de atención médica cuando así lo soliciten a fin de brindarle tratamiento, obtener el pago de los servicios que le prestaron o para sus propias operaciones de atención médica.
- **Divulgación a familiares, amigos cercanos o cuidadores.** Podemos divulgar su PHI a los miembros de su familia y familiares, amigos cercanos, cuidadores o demás individuos que usted identifique, siempre y cuando:
  - obtengamos su autorización;
  - le brindemos la oportunidad de objetar la divulgación, y usted no la objete; o
  - deduzcamos de manera razonable que no objetará la divulgación.
- Si usted no se encuentra presente o no puede aceptar u objetar el uso o la divulgación debido a su discapacidad o a una emergencia, podremos ejercer nuestro juicio profesional a fin de determinar si el uso o la divulgación se realizarían en su beneficio. Cuando divulguemos la información a un miembro de su familia, a otros familiares o a un amigo cercano, solo divulgaremos la que consideremos que corresponde directamente a la implicación de dicha persona en su cuidado o en el pago de dicho cuidado. También divulgaremos su PHI a fin de notificar

o ayudar a notificar a dichas personas sobre su ubicación, estado general o fallecimiento. Usted puede solicitar en cualquier momento que NO divulguemos su PHI a ninguno de estos individuos.

- **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI para determinadas actividades de salud pública, según lo exija la legislación, lo que incluye:
  - informar su PHI a autoridades de salud pública a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
  - proporcionar determinada información sobre inmunización cuando así lo exija la ley, tal como al registro de inmunización estatal o a la escuela de su hijo;
  - informar nacimientos y fallecimientos;
  - informar abuso infantil a autoridades de salud pública o demás autoridades gubernamentales legalmente autorizadas para recibir dichos informes;
  - brindar información sobre productos y servicios conforme a la jurisdicción de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos, tales como las reacciones a medicamentos;
  - notificar a usted y a otros pacientes si un producto o una medicación que lo afecta ha sido retirado del mercado;
  - advertir a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda estar de alguna manera en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o afección; y
  - proporcionar la información a su empleador según lo exija la legislación que aborda las lesiones y enfermedades laborales o la vigilancia médica en el trabajo.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar su PHI a todo organismo de vigilancia de la salud, tal como Medicaid o Medicare, que vigilan los sistemas de atención médica y su prestación, brindan ayuda en auditorías o investigaciones diseñadas para garantizar el cumplimiento de dichos programas de atención médica gubernamentales.
- **Intercambio de información médica.** Nosotros y otros prestadores de atención médica de Nueva Jersey participamos en Jersey Health Connect, un intercambio de información médica (“HIE”, por sus siglas en inglés), lo cual permite que la información del paciente se comparta de forma electrónica mediante una red confiable, a la cual podrán acceder los prestadores que le brindan tratamiento. Podemos divulgar su PHI al HIE, a menos que decida no participar. Para ejercer su derecho de exclusión, comuníquese con Jersey Health Connect llamando al (855) 624-6542 o visite [www.jerseyhealthconnect.org](http://www.jerseyhealthconnect.org) para imprimir el formulario que puede enviar por correo o fax.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Cuando tengamos motivo para creer que usted es o puede ser una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su PHI a la autoridad gubernamental correspondiente, lo que incluye organismos de servicios sociales o de protección, los cuales se encuentran legalmente autorizados para recibir dichos informes.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en virtud de una orden judicial, una citación u otro proceso legal durante el período de un procedimiento administrativo o judicial. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI durante el período de una demanda judicial interpuesta contra otra persona o su aseguradora para solicitar una indemnización o daños y perjuicios por lesiones personales que usted haya sufrido.
- **Funcionarios encargados del cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su PHI a la policía o demás funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, según lo exija o permita la ley o en virtud de una orden judicial, una citación u otros procesos legales. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a la policía a fin de identificar un sospechoso, un fugitivo, un testigo esencial o una persona desaparecida. Asimismo, podemos divulgar su PHI a la policía cuando un fallecimiento se encuentre involucrado, el cual consideremos que fue causado por una conducta delictiva ocurrida en nuestras instalaciones. Además, podemos divulgar su PHI cuando sea necesario en una emergencia para informar un delito, identificar a la víctima

de un delito o identificar o ubicar a la persona que probablemente haya cometido dicho delito.

- **Causantes.** Podemos divulgar su PHI a médicos forenses con el fin de identificar o determinar la causa del fallecimiento o a los directores de funerarias para que cumplan sus responsabilidades, según lo permita o exija la ley.
- **Indemnización laboral.** Podemos usar o divulgar su PHI cuando sea necesario a fin de cumplir la legislación estatal sobre indemnizaciones laborales o demás programas similares, por ej., las lesiones laborales que usted haya sufrido.
- **Investigación.** Aunque usualmente solicitaremos su autorización por escrito para cualquier uso o divulgación de su PHI para fines de investigación, podemos usar o divulgar su PHI en determinadas circunstancias sin su autorización por escrito, cuando nuestro comité de investigación haya renunciado al requisito de autorización.
- **Comunicaciones sobre recaudación de fondos.** De manera ocasional, podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico o por escrito a fin de solicitarle aportes deducibles de los impuestos para respaldar nuestras actividades. Cuando realicemos esto, podemos divulgar a nuestro equipo de recaudación de fondos determinada información demográfica sobre usted, tal como su nombre, domicilio, número de teléfono y demás información limitada. Usted tiene derecho a ejercer su derecho de exclusión respecto de la recepción de estas comunicaciones y podrá hacerlo en cualquier momento llamando al 973-754-4483 o enviando un correo electrónico a [optoutsj@sjhmc.org](mailto:optoutsj@sjhmc.org), o puede comunicarse por escrito a The Foundations of St. Joseph's Health, Annual Giving Manager, 703 Main Street, Paterson, NJ 07503.
- **Salud o seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI cuando sea necesario a fin de prevenir o disminuir la amenaza de violencia física inminente y grave contra usted u otro individuo identificable, o cuando se trate de una amenaza para el público en general.
- **Ejército y veteranos.** En el caso de los miembros de las fuerzas armadas y veteranos, podemos divulgar su PHI según lo soliciten las autoridades de mando militares. Si usted es miembro del personal militar extranjero, se divulgará su PHI a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Funciones gubernamentales especializadas.** Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados con el fin de proporcionar protección al Presidente de los Estados Unidos, a otras personas autorizadas o a mandatarios extranjeros, o a fin de llevar a cabo investigaciones especiales.
- **Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados a fines de inteligencia, contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacionales autorizadas por la legislación.
- **Servicios de protección para el Presidente y otras personas.** We may disclose your PHI to authorized federal officials for purposes of providing protection to the President of the United States, other authorized persons or foreign heads of state or for purposes of conducting special investigations.
- **Presos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra de algún modo en custodia de las fuerzas de seguridad, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial de la ley, cuando sea necesario:
  - para que la institución preste atención médica;
  - para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otras personas; o
  - para la seguridad de la institución correccional.
- **Obtención de órganos y tejidos.** Cuando usted sea donante de órganos, podemos divulgar su PHI a las organizaciones que facilitan o buscan donaciones o trasplante de órganos, tejidos u ojos.
- **Como lo exige la ley.** Podemos usar o divulgar su PHI en otras circunstancias que no sean las descritas anteriormente, cuando así lo exija toda legislación o norma federal o estatal.

## II. USOS Y DIVULGACIÓN DE SU PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO.

En general, necesitaremos su **autorización específica por escrito** en nuestro Formulario de autorización de HIPAA para usar o divulgar su PHI para los fines que no sean los descritos antes en la Sección I. Por ejemplo, para que enviemos su información a su aseguradora, usted deberá firmar

nuestro Formulario de autorización de HIPAA y avisarnos qué información quisiera que enviemos.

Solicitaremos su **autorización específica por escrito** para *al menos* la siguiente información, **a menos que** la legislación permita o exija de algún otro modo el uso o la divulgación según se detalló anteriormente:

- **Información sobre el VIH/SIDA.** En la mayoría de los casos, NO divulgaremos ninguna información relacionada con el VIH/SIDA, a menos que su autorización lo indique de forma expresa. No obstante, existen determinados fines para los cuales se nos permite divulgar su información de VIH/SIDA sin la obtención de su autorización expresa. Conforme a la legislación de Nueva Jersey, todos los casos de infección por VIH se informan al Departamento de Salud del estado de Nueva Jersey.
- **Información sobre enfermedades de transmisión sexual.** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar información que lo identifique y que revele que tiene o que se sospecha que tiene una enfermedad de transmisión sexual. Sin embargo, podemos usar y divulgar la información relacionada con las enfermedades de transmisión sexual sin obtener su autorización exclusivamente, cuando así lo permita la ley.
- **Información sobre tuberculosis.** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar información que lo identifique y que revele que tiene o que se sospecha que tiene tuberculosis (TB). Podemos usar y divulgar la información relacionada con la TB sin obtener su autorización cuando así lo autorice la ley. Por ejemplo, conforme a la legislación de Nueva Jersey, debemos informar su diagnóstico de tuberculosis al Departamento de Salud del estado de Nueva Jersey, incluso si usted no ha otorgado su autorización.
- **Anotaciones correspondientes a psicoterapia.** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar anotaciones correspondientes a psicoterapia, a menos que la legislación lo permita de algún modo. No obstante, existen determinados fines para los cuales podemos divulgar las anotaciones correspondientes a psicoterapia sin obtener su autorización por escrito, lo que incluye lo siguiente: (1) llevar a cabo un determinado tratamiento, realizar pagos u operaciones de atención médica; (2) al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a fin de determinar nuestro cumplimiento de la ley; (3) según lo exija la ley; (4) para las actividades de supervisión médica autorizadas por la legislación; (5) a los médicos legistas o médicos forenses, según lo permita la legislación estatal; o (6) con el fin de prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Salud mental.** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar determinada PHI sobre salud mental o información que identifique que usted sufre de una afección de salud mental. Podemos usar y divulgar información relacionada con la salud mental sin obtener su autorización solamente cuando así lo permita la ley. Por ejemplo, si razonablemente consideramos que usted amenaza con provocarse un daño inminente a sí mismo o a otras personas, divulgaremos su información con el fin de protegerlo a usted o a otras personas, incluso si no ha otorgado su consentimiento.
- **Información sobre drogadicción y alcoholismo.** Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar información relacionada con el tratamiento o rehabilitación de drogadicción y alcoholismo en determinadas circunstancias, tal como cuando recibió tratamiento del abuso de drogas o alcoholismo en un programa o instalación de tratamiento federalmente financiado. Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de usar o divulgar su información genética a fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Podemos usar o divulgar su información genética, o la información genética de su hijo o hija, sin su autorización específica por escrito solamente cuando así lo permita la ley. Por ejemplo, conforme a la legislación de Nueva Jersey, podemos divulgar su información genética con el fin de identificar cuerpos.
- **Información relacionada con el tratamiento emancipado de un menor.** Si usted es un menor que nos solicitó tratamiento emancipado, tal como un tratamiento relacionado con su embarazo o su hijo, o para una enfermedad de transmisión sexual, debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar su PHI relacionada con dicho tratamiento a otra persona, incluidos sus padres o tutores, a menos que la ley lo permita o exija de algún otro modo.
- **Actividades de marketing.** Debemos obtener su autorización específica

por escrito a fin de usar su PHI para proporcionarle material de marketing por correo, correo electrónico o teléfono. No obstante, podemos brindarle material de marketing en persona sin obtener su autorización, además de comunicarle los servicios o productos relacionados con su tratamiento, gestión de su atención médica, coordinación de su atención médica, tratamientos alternativos, terapias, prestadores o características de la atención médica. Si nos otorga su autorización por escrito para que le enviemos material de marketing, tiene derecho a revocarla en cualquier momento. Si desea revocar su autorización, comuníquese con el Funcionario de Privacidad.

- **Actividades en las que recibimos dinero por divulgar su PHI a un tercero.** Para determinadas actividades en las que recibimos alguna remuneración, de forma directa o indirecta, de un tercero a cambio de su PHI, debemos obtener su autorización específica por escrito antes de hacerlo. Sin embargo, no solicitaremos su autorización para actividades tales como tratamientos, salud pública o fines de investigación. Si nos otorga su autorización por escrito, tiene derecho a revocarla en cualquier momento. Si desea revocar su autorización, comuníquese con el Funcionario de Privacidad.

### III. SUS DERECHOS.

1. **Derecho a solicitar restricciones adicionales.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones respecto de los usos y la divulgación de su PHI, tal como:
  - para tratamiento, pago y operaciones de atención médica;
  - para personas que participan en su atención médica o en su pago;
  - para notificar o ayudar a individuos a ubicarlo o a obtener información sobre su afección;
  - su derecho de pagar su atención médica de manera privada, sin presentar una factura ante la aseguradora.

Si bien consideraremos con atención todas las solicitudes de restricciones adicionales sobre cómo usaremos o divulgaremos su PHI, no es necesario que aceptemos su solicitud, **a menos que** esta se relacione exclusivamente con la divulgación de su PHI a un plan de salud o a otro pagador *al exclusivo propósito del pago o de las operaciones de atención médica por un producto o servicio de atención médica que usted o su representante nos haya pagado en su totalidad*. Las solicitudes de restricciones deben presentarse por escrito. Comuníquese con el Funcionario de Privacidad si desea solicitar una restricción.

2. **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar por escrito la recepción de su PHI por vías alternativas y razonables de comunicación o en ubicaciones razonables alternativas.
3. **Derecho de examinar y copiar la PHI.** Usted tiene derecho a examinar y solicitar copias de la PHI que conservamos. Para la PHI que conservamos en cualquier conjunto de archivos designado electrónico, usted puede solicitar una copia de dicha PHI en un formato electrónico razonable, en caso de que puedan producirse fácilmente. No obstante, en limitadas circunstancias, se le puede denegar acceso a una parte de sus registros. Por ejemplo, si su médico considera que determinada información incluida en su registro médico puede ser perjudicial para usted, no le divulgaremos dicha información. Comuníquese con el Departamento de Gestión de Información Médica si desea examinar o solicitar copias de su PHI. Podemos cobrarle una tarifa razonable para las copias en papel de su PHI o el monto de nuestros costos de trabajo razonables para una copia de su PHI en formato electrónico.
4. **Derecho a recibir una notificación de incumplimiento.** Tomamos con seriedad la confidencialidad de la información de nuestros pacientes, y la legislación nos exige proteger la privacidad y seguridad de su PHI mediante las garantías adecuadas. Lo notificaremos en caso de que ocurra un incumplimiento que involucre su PHI no asegurada y le informaremos las medidas que deberá adoptar para protegerse.
5. **Derecho a recibir una copia en papel del Aviso de prácticas de privacidad.** Usted puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si aceptó previamente recibir este Aviso por correo electrónico u otro formato electrónico. Comuníquese con el Funcionario de Privacidad para obtener una copia en papel de este Aviso.

6. **Derecho a revocar una autorización.** Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, sin importar si la otorgó de manera oral o escrita. Usualmente, le solicitaremos que revoque su autorización **por escrito** y que se comunique con nuestro Funcionario de Privacidad. Se otorgará toda revocación, salvo en la medida en que ya se haya actuado en virtud de su autorización.
7. **Derecho a solicitar modificaciones.** Usted puede solicitar por escrito que modifiquemos o cambiemos la PHI que conservamos si se comunica con el Director de la Gestión de Información Médica. Cumpliremos su solicitud, **a menos que**:
  - consideremos que la información es exacta y completa;
  - conservemos información que usted nos solicitó que modifiquemos, pero que no creamos ni escribimos; por ej., nos trajeron sus registros médicos de otro médico y los incorporamos a sus registros médicos con nuestros médicos;
  - la información no forme parte del conjunto de archivos designado o de alguna manera no se encuentre disponible para su revisión.Las solicitudes para realizar modificaciones deben presentarse por escrito.
8. **Derecho a recibir una justificación.** Usted puede solicitar una justificación sobre una determinada divulgación que hayamos realizado de su PHI en el transcurso de seis (6) años desde la fecha de su solicitud de justificación. La primera justificación que solicite en el transcurso de doce (12) meses es sin cargo. Toda justificación subsiguiente que solicite puede incurrir en un cargo razonable para la declaración de justificación. Comuníquese con el Funcionario de Privacidad si desea solicitar una justificación de divulgación. En general, responderemos a su solicitud por escrito en el transcurso de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su solicitud.

### IV. NUESTRAS OBLIGACIONES.

La legislación nos exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle una copia de este Aviso. Además, debemos cumplir los términos del presente Aviso. Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento en el futuro y de elaborar las nuevas disposiciones para el Aviso aplicables a su PHI, incluso si fue creado antes de realizar modificaciones al Aviso. No obstante, si modificamos este Aviso, solamente lo haremos en la medida que lo permita la ley. Asimismo, le proporcionaremos el Aviso revisado y lo publicaremos en un lugar donde todas las personas que nos solicitan servicios puedan leerlo. El Funcionario de Privacidad puede proporcionarle una copia impresa del Aviso.

### V. RECLAMOS AL GOBIERNO.

Si usted considera que han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o ante el Funcionario de Privacidad de St. Joseph's Health. Para presentar un reclamo en St. Joseph's Health, comuníquese con el Funcionario de Privacidad en la dirección que aparece a continuación. No se tomarán represalias en su contra por presentar un reclamo ante el gobierno sobre nuestras prácticas de privacidad.

### VI. INFORMACIÓN DE CONTACTO.

Si tiene alguna pregunta o le gustaría recibir más información sobre este Aviso, comuníquese con el Funcionario de Privacidad a:

St. Joseph's University Medical Center  
703 Main Street  
Paterson, New Jersey 07503  
Teléfono: 973-754-2859

### VII. AVISO ELECTRÓNICO.

El presente Aviso de prácticas de privacidad también se encuentra disponible en nuestro sitio web en [www.StJosephsHealth.org](http://www.StJosephsHealth.org)

### HOSPITALES DE ST. JOSEPH'S HEALTH

- St. Joseph's University Medical Center
- St. Joseph's Children's Hospital
- St. Joseph's Wayne Medical Center
- St. Joseph's Healthcare & Rehab Center  
Anteriormente St. Vincent's Healthcare & Rehab Center