

# Aviso sobre las prácticas de privacidad

**Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y de qué manera usted puede acceder a ella. Por favor lea este aviso con cuidado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina de privacidad al número telefónico que aparece al final de este aviso.**

## **Nuestro compromiso con usted:**

Entendemos que su información médica es personal. Nos comprometemos a proteger su información médica. Para ofrecerle atención de calidad y cumplir con los requisitos legales, creamos un expediente de la atención y los servicios que recibe. Este aviso se aplica a todos estos expedientes médicos generados por cualquiera de nuestros centros y proveedores independientes mencionados a continuación. La ley nos exige:

- Proteger la privacidad de su información médica;
- Entregarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica; y
- Respetar las condiciones del aviso que se encuentre vigente.

## **De qué modo podemos usar y divulgar su información médica:**

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted sin su autorización previa por razones de tratamiento, como por ejemplo enviar su información médica a un especialista como parte de un remitido (incluyendo información psiquiátrica y sobre el VIH si fuera necesario para su diagnóstico y tratamiento); para obtener el pago de un tratamiento, por ejemplo enviar información de su estado de cuenta a la compañía de seguros o a *Medicare*; y para apoyar nuestros servicios de atención de salud, como por ejemplo comparar datos sobre los pacientes para mejorar los métodos de tratamiento o con fines educativos para profesionales (Nota: sólo se puede divulgar sin su autorización una cantidad limitada de información psiquiátrica o sobre el VIH con el fin de facturar los servicios médicos). Si usted recibe tratamiento en un programa especializado por abuso de sustancias, se requerirá su autorización especial para la mayoría de las divulgaciones que no sean por una emergencia. Otros ejemplos de tales usos y divulgaciones incluyen comunicarse con usted para recordarle que tiene una cita y mencionarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento, alternativas, beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan serle de interés. También podríamos

comunicarnos con usted para que apoye nuestros esfuerzos para recaudar fondos. En cualquier momento, usted puede optar por no recibir información sobre nuestras campañas para recaudar fondos.

Podemos usar o divulgar información médica **sin** su autorización previa por varias otras razones. Podemos divulgar sin autorización previa la información médica que tenemos sobre usted, siempre que se cumplan ciertos requisitos, por razones de salud pública, denuncias de abuso o negligencia, auditorías o inspecciones de vigilancia de la salud, evaluadores médicos, arreglos funerarios y donación de órganos, por razones de indemnizaciones laborales, emergencias, seguridad nacional y otras funciones gubernamentales especializadas y para miembros de las Fuerzas Armadas según lo exigen las autoridades de Comando Militar. También divulgamos información médica cuando la ley lo requiere, como por ejemplo en cumplimiento de una solicitud de la policía en circunstancias específicas, o en respuesta a órdenes judiciales o administrativas válidas u otros procesos legales.

Podemos usar y divulgar su información con fines de investigación científica, bajo ciertas circunstancias y siempre que se cumpla un proceso de autorización especial. También podríamos permitir que potenciales investigadores analicen la información que pueda ayudarlos a prepararse para una investigación, siempre que la información médica que analicen no salga de nuestras instalaciones, y siempre que acepten cumplir con mecanismos específicos de protección de la privacidad. Para obtener más información sobre las investigaciones científicas o sobre cómo evitar el uso de su expediente para investigaciones vea la página de internet [www.yalestudies.org](http://www.yalestudies.org) o llame al 1-877-978-8343.

Si lo ingresan al hospital, incluiremos en el directorio de pacientes su nombre, ubicación en el hospital, su estado de salud general (bueno, regular, etcétera) y su afiliación religiosa y podremos divulgar dicha información, excepto su afiliación religiosa a cualquiera que pregunte sobre usted por su nombre, a menos que nos solicite lo contrario. Su afiliación religiosa sólo puede ser divulgada a miembros del clero, aunque no pregunten por su nombre.

Podemos divulgar su información médica a un amigo o pariente que usted haya designado o en determinadas circunstancias, a menos que usted solicite una restricción. También podemos divulgar información a las autoridades que brindan asistencia en caso de desastre para poder notificar a su familia sobre su ubicación y estado de salud.

## Otros usos de la información médica:

En cualquier otra situación que no esté contemplada en este aviso, incluyendo el uso o divulgación de las notas de las consultas de psicoterapia, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar información médica sobre su persona. Si usted elige autorizar el uso o la divulgación, puede revocarla más adelante notificándonos su decisión por escrito.

## ¿Quiénes deben seguir las normas de este aviso?

Las instalaciones de *Yale New Haven Health System* (YNHHS) (El Sistema de Servicios de Salud de Yale New Haven) y *Yale University School of Medicine* (YSM) (la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale) brindan atención médica a nuestros pacientes, en colaboración con otros profesionales y otras organizaciones de atención de la salud. La información que contiene este aviso sobre las prácticas de privacidad será acatada por:

- Cualquier profesional de la salud que lo atienda en cualquiera de nuestros centros.
- Todos los departamentos y entidades afiliadas cubiertas del *Yale New Haven Health System*, incluyendo el *Bridgeport Hospital*, el *Greenwich Hospital*, *Northeast Medical Group* y el *Yale-New Haven Hospital*.
- La Facultad de Medicina de la Universidad de Yale
- El personal clínico de la Facultad de Enfermería de Yale, así como sus instituciones afiliadas.
- Todos los empleados, el personal médico, afiliados, personal en entrenamiento, estudiantes o voluntarios de las entidades mencionadas anteriormente.

Aunque cada uno de nuestros centros y afiliados funciona de manera independiente, pueden compartir la información sobre su salud a fin de coordinar su atención médica, tratamiento, pago, y asuntos de salud.

## Derecho a que se le notifique si ha habido fuga de información:

Le notificaremos si ha ocurrido alguna fuga de su información confidencial.

## Derecho a obtener y rectificar su historial:

En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de la información médica que usamos para tomar decisiones sobre su cuidado. Todas las solicitudes de copias del expediente médico o las solicitudes para tener acceso al mismo se deben de presentar con anticipación y por escrito. Si se le concede su solicitud, programaremos la hora y el lugar convenientes para que pueda revisar su expediente. Si solicita copias, podríamos cobrarle una tarifa por el costo del copiado, envío u otros suministros relacionados. Si denegamos su solicitud de revisar u obtener una copia,

puede presentar una solicitud por escrito para que se reconsidere dicha decisión.

Si usted opina que la información que aparece en su historial es incorrecta o que falta información importante, tiene derecho a que rectifiquemos su historial presentando una petición por escrito expresando la razón por la cual ha solicitado la enmienda. Podríamos denegar su solicitud de corrección si la información no está a nuestro cargo; o si determinamos que su registro es correcto. Si nuestra decisión es no enmendar su historial, puede presentar por escrito una declaración de desacuerdo.

## Derecho a recibir un informe:

Usted tiene derecho a solicitar un informe de las divulgaciones que hayamos hecho de su información de salud, excepto cuando se usó o divulgó para tratamiento, pago, servicios de atención de salud, aquellas circunstancias para las cuales haya autorizado dicha divulgación y otras excepciones según lo exige la ley.

Para solicitar esta lista de divulgaciones, indique el período relevante, que debe estar comprendido dentro de los últimos seis años. Usted debe presentar la solicitud por escrito al Departamento de Archivos Médicos (*Medical Records*) o al Departamento de Facturación (*Billing Department*), según sea apropiado.

## Derecho a solicitar restricciones:

Usted puede solicitar por escrito que no usemos o divulguemos su información médica para tratamiento, pago o servicios de cuidado de la salud, o a personas involucradas en su cuidado, excepto cuando usted lo autorice específicamente, cuando lo exija la ley o en una emergencia. Consideraremos su solicitud y trataremos de ajustarnos a la misma, cuando sea posible, pero no estamos obligados por ley a aceptarla, a menos de que se cumplan todas las condiciones que aparecen a continuación:

- Que solicite que no se divulgue su información al seguro para propósitos de pago u otros propósitos no relacionados con su tratamiento;
- Que usted pague por su cuenta la totalidad de los cargos relacionados con los servicios que recibió; y
- Que la ley no exija que divulguemos su información a la compañía de seguros.

Le informaremos nuestra decisión sobre su solicitud. Todas las solicitudes y apelaciones escritas deben ser presentadas ante la Oficina de Privacidad indicada más adelante.

## Solicitudes de comunicaciones confidenciales:

Usted tiene derecho a solicitar que su información médica le sea comunicada de forma confidencial como por ejemplo el envío de correspondencia a una dirección distinta a la de su hogar, notificándonos por escrito cuál es el modo específico o qué dirección debemos utilizar para comunicarnos con usted.

**Derecho a solicitar una copia impresa de este aviso:**

Usted puede recibir una copia impresa de este aviso si así lo solicita, aunque haya aceptado recibir este aviso por vía electrónica.

**Cambios a este aviso:**

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Los cambios serán aplicables tanto a la información médica que ya tengamos como a la nueva información que obtengamos después de ocurrido el cambio. Antes de realizar un cambio importante en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y lo colocaremos en las salas de espera, salas de examen médico y en nuestro sitio de Internet: [yalenewhavenhealth.org](http://yalenewhavenhealth.org). Usted puede recibir una copia del aviso vigente en cualquier momento. La fecha de vigencia aparece al final del mismo. Habrá copias del aviso vigente disponibles cada vez que usted visite nuestro centro para tratamiento. Se le pedirá que reconozca por escrito que recibió de este aviso.

**Quejas:**

Si a usted le preocupa que se hayan violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado respecto al acceso a su historial, puede comunicarse con nuestra Oficina de Privacidad (indicada más adelante).

Si no queda satisfecho con nuestra respuesta, puede enviar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles [*U.S. Department of Health and Human*

*Services Office of Civil Rights*]. Nuestra Oficina de Privacidad puede proporcionarle la dirección. Bajo ninguna circunstancia será sancionado o sufrirá represalias por presentar una queja.

**YNHHS OFFICE OF  
PRIVACY & COMPLIANCE**  
(DEPARTAMENTO DE CUMPLIMIENTO  
DE NORMAS Y PRIVACIDAD)

203-688-8416

Número telefónico gratuito: 1.888.688.7744

[privacy@ynhh.org](mailto:privacy@ynhh.org)

**Yale University HIPAA Privacy Office**

Departamento de Asesoría Jurídica, Cumplimiento de Normas y  
Confidencialidad (*HIPPA*) de la Universidad de Yale

203.432.5919

[hipaa@yale.edu](mailto:hipaa@yale.edu)

---

**Y A L E - N E W H A V E N H E A L T H S Y S T E M**

**Recibí el Aviso sobre las prácticas de privacidad**

Nombre del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Nº de récord médico del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Representante personal del paciente y vínculo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si corresponde, motivo por el que el paciente rehusó firmar: \_\_\_\_\_