

Aviso Sobre Practicas de Privacidad

Este Aviso describe como su información médica puede ser usada y revelada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo con cuidado. Si usted tiene alguna pregunta, favor de contactar a nuestra oficina de privacidad en la dirección o número de teléfono citada al pie de este Aviso.

¿Quiénes deberán cumplir esta notificación?

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale provee cuidados de la salud a nuestros pacientes en asociación con otros profesionales y organizaciones que proveen cuidados de salud. La información de prácticas de privacidad en este Aviso sera seguida por:

- Cualquier profesional de cuidado de la salud que le dé tratamiento en cualquiera de nuestros lugares de atención
- La Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale
- Todos los departamentos y unidades del Sistema de Salud Yale-New Haven, incluyendo el Hospital de Bridgeport, el Hospital de Greenwich y el Hospital de Yale-New Haven, así también como sus afiliaciones (incluyendo pero no limitándolo al Centro de Cirugía Temple, Centro de Cirugía de la Mujer, Centro Ahlbin para Medicina de Rehabilitación y la Asociación Médica Mill Hill.)
- Todos los empleados, personal medico, personas que están haciendo practica, estudiantes o voluntarios de las entidades mencionadas anteriormente.

Aunque cada uno de estos lugares y afiliaciones operan de forma independiente, ellos podrán compartir su información de salud para coordinación del cuidado, tratamiento, pagos y propósitos operativos del cuidado de la salud.

Nuestra promesa a usted:

Entendemos que su información médica es personal. Estamos comprometidos a proteger su información medica. Nosotros creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe para proveer calidad en el cuidado de su salud y cumplir con los requerimientos legales. Esta notificación es aplicable a todos los

registros del cuidado de su salud generado por cualquiera de los lugares y proveedores anteriormente descriptos.

Estamos obligados por ley a:

- Guardar privadamente su información médica;
- Entregarle este Aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica y
- Seguir los términos del Aviso más actual que este en efecto

Cómo podemos usar y revelar su información médica:

- Podremos usar y revelar información médica suya sin su autorización previa para tratamiento (tal como enviar su información médica a un especialista como parte de su remisión) (esto incluye información psiquiátrica o de VIH en caso de ser necesitado para su diagnóstico y tratamiento); para obtener pago por tratamiento (tal como enviar información para facturar a su compañía de seguro o Medicare); y para sustentar nuestras operaciones del cuidado de la salud (tales como comparar datos de pacientes para mejorar métodos de tratamiento, o para los propósitos de educación profesional.) (Nota: Para el propósito de facturar, solamente limitada información referida a cuestiones psiquiátricas o a VIH podrá ser revelada sin su previa autorización). A no ser por caso de emergencia, su autorización especial será necesaria para la mayor parte de revelaciones si usted es tratado en un programa de abuso de drogas especializado.
- Otros ejemplos de usos o revelaciones de su información médica incluyen el hecho de contactarlo a usted para recordarle cuándo tiene una cita médica, e informarle o darle recomendaciones sobre opciones posibles para tratamiento, alternativas, beneficios relacionados con la salud, o servicios que pueden ser de su

interés. Además, podremos contactarlo a usted para que apoye nuestros esfuerzos en reunir fondos.

- Podremos usar o revelar información médica suya sin autorización previa por varias otras razones. Sujeto a ciertos requerimientos, podremos dar información médica suya para los propósitos de salud pública, en el caso de reportar abuso o negligencia, actividades de supervisión del sistema sanitario incluyendo auditorias o inspecciones, examinadores médicos, arreglos funerarios e donaciones de órganos, con propósito de compensación laboral, emergencias, seguridad nacional e otras funciones gubernamentales especializadas, y en el caso de ser miembro de las Fuerzas Armadas lo requerido por las autoridades militares. También revelamos información médica cuando la ley así lo solicita, como por ejemplo de respuesta a una petición dada por esforzadores de ley en circunstancias específicas, o en respuesta a órdenes administrativas o judiciales válidas u otros procesos legales.
- Bajo determinadas circunstancias, podemos usar o revelar información médica acerca de usted para estudios de investigación, los cuales son sujeto a procesos de aprobación especial. Incluso, podemos permitirle a estos investigadores que revisen información que pueda servirles de ayuda en preparándose para la investigación, siempre y cuando la información médica que revisen no salga de nuestras instalaciones y ellos estén de acuerdo a las protecciones privadas específicas.
- En caso de ser admitido como paciente hospitalizado, a no ser que usted especifique lo contrario, incluiremos en el directorio de pacientes su nombre, su ubicación en el hospital, su condición general (bueno, regular, etc.) y su creencia religiosa, y podremos revelar toda información menos su creencia religiosa, a cualquiera que pregunte por usted por nombre. Su afiliación religiosa podrá ser revelada sólo a miembros del clero, aun si no hayan preguntado por usted por nombre.
- Podremos revelar información médica suya a un amigo o miembro familiar que usted designe o en circunstancias apropiadas, a menos que usted solicite una restricción. También podremos revelar información a las autoridades a cargo de alivio de catástrofe para que así su familia pueda

ser notificada de su condición y lugar donde usted se encuentre.

Otros usos de información médica:

- En cualquier otra situación no cubierta por este Aviso, le solicitaremos una autorización por escrito antes de hacer uso o revelar información médica acerca de usted. En caso de que usted elija autorizar el uso o la revelación de su información, usted podrá más tarde revocar tal autorización, notificándonos por escrito.

Derecho al acceso y/o enmienda a su expediente:

- En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de la información médica que utilizamos para tomar decisiones referentes a su cuidado, cuando usted lo solicite por escrito. En caso de solicitar copias, podemos cobrarle una tarifa por el costo del copiado, envío por correo, u otras provisiones relacionados. En caso de que su petición sea denegada, usted podrá solicitar por escrito que se revise tal decisión.
- Si usted cree que la información en su expediente es incorrecta o que faltó información importante, usted tiene derecho a solicitar que corriamos el expediente, sometiendo las razones por escrito. Nosotros podremos rechazar su solicitud de enmendar el expediente si la información no esta a nuestro cargo o si nosotros determinamos que su expediente esta correcto. Usted podrá someter una declaración escrita de su desacuerdo con nuestra decisión de no enmendar su expediente.

Derecho a recibir cuentas de las instancias en que se revelo su información:

- Usted tiene derecho a solicitar una lista donde se especifique a quien hemos revelado información médica suya, excepto cuando los usos y revelaciones han sido por tratamiento, pagos o operaciones referidas al cuidado de la salud, u otras circunstancias en las que usted ha específicamente autorizado dichas revelaciones y otras excepciones.
- Para solicitar esta lista de revelaciones, deberá indicar un periodo el cual desee que abarque la contabilidad. El periodo no puede exceder de seis años ni puede empezar antes del 14 de abril de 2003. Deberá solicitarlo por escrito a la Oficina de Privacidad citada al pie de este Aviso.

Derecho a solicitar restricciones:

- Usted puede solicitar por escrito que nosotros no usemos o revelemos información médica suya para tratamiento, pago u operaciones del cuidado de salud a personas involucradas en su cuidado excepto cuando esté específicamente autorizado por usted, cuando lo requiera la ley, o en caso de emergencia. Consideraremos su solicitud y trabajaremos para acomodarlo cuando sea posible, pero no estamos legalmente obligados a aceptarla. Le informaremos de nuestra decisión con respecto a su solicitud. Todas las solicitudes por escrito o apelaciones deberían ser presentadas a la Oficina de Privacidad citada al pie de esta notificación.

Solicitudes de comunicaciones confidenciales:

- Usted tiene derecho a solicitar que su información médica le sea comunicada a usted en forma confidencial, como por ejemplo enviándola por correo a una dirección distinta a la de su domicilio. Deberá notificarnos por escrito del lugar o forma específica en que usted quiera que nos comuniquemos con usted.

Derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso:

- Usted podrá recibir una copia en papel de este Aviso si usted la solicita, aún si ha acordado recibirla en forma electrónica.

Cambios a este Aviso:

- Nosotros podremos cambiar nuestras normas en cualquier momento. Los cambios serán aplicables a la información médica que ya poseemos, así también como a nueva información después de que el cambio ocurra. Antes que hagamos un cambio significativo en nuestras normas, cambiaremos nuestro Aviso y colocaremos el nuevo Aviso en salas de espera, salas de examinación, y en nuestro Sitio en la Web

(<http://hipaa.yale.edu>). Usted puede recibir una copia del Aviso más actual a cualquier tiempo. La fecha de efectividad estará especificada al final del Aviso. Copias del Aviso más actual estarán disponibles cada vez que usted venga a nuestros lugares de atención para su tratamiento. Se les pedirá que de reconocimiento por escrito del haber recibido este Aviso.

Quejas:

- Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, o está en desacuerdo con una de nuestras decisiones acerca del acceso a su expediente, podrá contactar a la Oficina de Privacidad citada abajo.
- Si no está satisfecho con nuestra respuesta, podrá enviar una queja por escrito a: U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos). Nuestra Oficina de Privacidad podrá proveerle la dirección. Bajo ninguna circunstancia será penalizado o se ejercerá represalia en su contra por presentar una queja.

Oficina de Privacidad
203-737-5700

Oficial de Privacidad
Yale University
P.O. Box 9740
New Haven, CT 06536-0740

YALE UNIVERSITY SCHOOL OF NURSING



Reconocimiento de recibo del Aviso Sobre Practicas de Privacidad *(Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices)*

Nombre del paciente _____
(Name of Patient)

Número del expediente médico del paciente: _____
(Patient's Medical Record Number)

Firma: _____ Fecha: _____
(Signature) (Date)

Razón por la cual el paciente rehusa firmar _____

Nombre y relación del Representante personal del paciente: _____
(Patient's Personal Representative & Relationship)

Favor de enviar a:
Deputy Privacy Officer
Yale School of Nursing
P.O. Box 9740
New Haven, CT 06536-0740