ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE YALE

NOTIFICACION RELACIONADA A LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS PRACTICAS MEDICAS

Esta notificación describe como su información médica puede ser usada y revelada y cómo usted puede acceder a esta información. Favor de revisarlo con cuidado. Si usted tiene alguna pregunta, favor de contactarse con nuestra oficina de asuntos privados en la dirección o número de teléfono descrito al pie de esta notificación.

¿Quiénes deberán cumplir esta notificación?

La Escuela de Medicina de la Universidad de Yale provee cuidado en la salud a nuestros pacientes en asociación con otros profesionales y organizaciones de atención a la salud. La información de prácticas privadas en esta notificación deberá ser cumplida por:

- Cualquier profesional de la salud que esté tratándolo 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 del Hospital de Yale-New Haven, incluyendo el Hospital de Bridgeport, el Hospital de Greenwich y el Hospital de Yale-New Haven, como así también 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, cuerpo médico, practicantes, estudiantes o voluntarios de las entidades mencionadas anteriormente.

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

Nuestra promesa hacia usted:

Entendemos que su información médica es personal. Estamos comprometidos a proteger esa información. Nosotros creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe para proveer calidad en el cuidado de su salud y responder según 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 esta notificación de nuestras responsabilidades legales y prácticas privadas con respecto a su información médica y
- Seguir los términos de esta notificación que está en efecto actualmente.

Cómo podemos usar y revelar su información médica:

- Podremos usar y revelar su información médica sin su autorización previa para tratamiento (tal como enviar su información médica a un especialista como parte de su referencia) (esto incluye información psiquiátrica o referida a HIV en caso de ser necesitado para su diagnóstico y tratamiento); para obtener pago por tratamiento (tal como enviar información relevante para facturar a su compañía de seguro o Medicare); y para sustentar nuestras operaciones de cuidado de salud (tales como comparar datos de pacientes para mejorar métodos de tratamiento, o para los propósitos de educación profesional.) (Nota: solamente una limitada información referida a cuestiones psiquiátricas o a HIV podrá ser revelada **sin su previa autorización** con el propósito de facturar.). En el caso de recibir tratamiento en un programa especializado en abuso de sustancias, será necesaria una autorización especial de su parte para revelar información médica suya en ocasiones distintas a las de emergencia.
- Otros ejemplos de uso o de revelación de información médica suya incluye el hecho de contactarse con usted para recordarle cuándo debe acudir a una cita médica, e informándole o recomendándole acerca de posibles opciones de tratamiento, alternativas, beneficios relacionados con la salud, o servicios que pueden ser de su interés. Además, podremos contactarnos con usted para que sustente nuestros esfuerzos en reunir fondos.

- Podremos usar o revelar su información médica sin su autorización previa por otras razones. Sujeto a ciertos requerimientos, podremos dar su información médica sin previa autorización para los propósitos de salud pública, en el caso de reportar abuso o negligencia, auditoría o inspecciones sanitarias, examinadores médicos, arreglos funerarios y donaciones de órganos, con propósito de compensación laboral, emergencias, seguridad nacional y otras funciones gubernamentales especializadas, y para miembros de las Fuerzas Armadas tal como lo requiere las autoridades del Comando Militar. También revelamos información médica cuando la ley así lo solicita, como por ejemplo en respuesta a un pedido por imposición legal 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 con el propósito de investigación, sujeto a procesos de aprobación especial. Podemos incluso permitirle a potenciales investigadores revisar información que pueda servirles de ayuda para prepararse para investigación, siempre y cuando la información médica que revisen no abandone nuestras instalaciones y siempre y cuando acuerden una especifica protección privada.
- En caso de ser admitido como paciente hospitalizado, a menos que usted especifique lo contrario, incluiremos su nombre al **directorio de pacientes** con 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 su nombre. Su afiliación religiosa podrá ser revelada sólo a miembros del clero, aun si no preguntasen por su 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 situaciones de catástrofe así su familia podrá ser notificada de su ubicación y condición.

Otros usos de información médica:

- En cualquier otra situación no cubierta por esta notificación le solicitaremos una autorización por escrito antes de hacer uso o revelar información médica suya. En caso de que usted elija autorizar el uso o la revelación de su información usted podrá más tarde revocar tal autorización mediante una nota escrita dirigida a nosotros.

Derecho al acceso y/o enmienda de su expediente:

- En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica que utilizamos para tomar decisiones referentes a su cuidado cuando usted emite un pedido por escrito. En caso de solicitar copias, podemos cobrarle un arancel por el costo del copiado, envío por correo, u otros suministros relacionados. En caso de que le denegáramos su pedido, usted podrá emitir un pedido por escrito para que se revise tal decisión.
- Si usted cree que la información en su expediente es incorrecta o que se omitió información importante, usted tiene derecho a solicitarnos por escrito que le corrijamos el expediente dando las razones para realizar dicha enmienda. Nosotros podremos denegar su solicitud de enmendar un expediente si la información no estuviera a nuestro cargo o si nosotros determináramos que su expediente es preciso. Usted podrá exponer su desacuerdo por escrito junto con nuestra decisión de no enmendar su expediente.

Derecho a una rendición de cuentas:

- Usted tiene derecho a solicitar un listado dando cuenta de las oportunidades en que hemos revelado información médica suya, exceptuando los usos y revelaciones por tratamiento, pagos y operaciones referidas al cuidado de la salud, circunstancias en las que usted ha específicamente autorizado dichas revelaciones y otras excepciones.

- Para solicitar esta lista de revelaciones, deberá indicar un periodo relevante, que deberá ser después del 14 de abril de 2003, pero en ningún caso podrá ser solicitado por un período superior

a los últimos seis años. Deberá solicitarlo por escrito a la Oficina de Privacidad citada al pie de esa notificación.

Derecho a solicitar restricciones:

- Usted podrá 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 cualquier emergencia. Consideraremos su solicitud y trabajaremos para acomodarlo cuando sea posible, pero no estamos legalmente obligados a aceptarlo. Le informaremos nuestras decisiones con respecto a su solicitud. Todas las solicitudes por escrito o apelaciones deberán presentarse 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 regular, notificándonos por escrito del lugar y forma específica en que usted quiere que nos comuniquemos con usted.

Derecho a solicitar una copia en papel de esta notificación:

- Usted podrá recibir una copia en papel de esta notificación una vez solicitada aún si ha acordado recibirla en forma electrónica.

Cambios a esta notificación:

- Podremos cambiar nuestra política en cualquier momento. Los cambios afectarán la información médica que ya poseemos, como así también nueva información después de que el cambio ocurra. Antes de que realicemos un cambio significativo en nuestra política, cambiaremos nuestra notificación por una nueva y lo publicaremos en salas de espera, salas de examinación, y en nuestro sitio en la Web (yalenewhavenhealth.org). Usted podrá recibir una copia de la notificación actual en cualquier momento. La fecha de efectividad está especificada al final de esta notificación. Las copias de la notificación actual estarán disponibles cada vez que concurra a nuestras instalaciones para su tratamiento. Le será pedido que acuse recibo por escrito cuando reciba esta notificación.

Queja:

- Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión hecha por nosotros acerca del acceso a su expediente, podrá contactarse con 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 (Departamento de Salud de los Estados Unidos y Oficina de Servicios Humanos de Derechos Civiles). Nuestra Oficina de Privacidad podrá proveerle la dirección. Bajo ninguna circunstancia será penalizado o se le ejercerá represalia en su contra por presentar una queja.

Oficina de Privacidad
203-436-3650

Delegado Oficial de Privacidad
Yale Medical Group
300 George St, piso 6
P.O. Box 9805
New Haven, CT 06535-9805

Reconocimiento de recibo de la Notificación Relacionada a la Confidencialidad de las Practicas Medicas

(Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices)

Número del expediente médico del paciente del YNHH:…….....
(Patient's YNHH Medical Record Number)

Número de cuenta en IDX: X……
(Patient's IDX Account Number)

Nombre del paciente en imprenta:…….
(Printed Name of Patient)

Representante personal del paciente y relación familiar:……..
(Patient's Personal Representative & Relationship)

Firma:…….. Fecha:……..
(Signature) (Date)

Motivos por el que el paciente se rehúsa a firmar:
(Reason for Patient Refusal to Sign)

For use by Yale University School of Medicine personnel if unable to obtain a written acknowledgement of receipt of the NOPP from the patient.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of the Yale University School of Medicine's Notice of Privacy Practices from the above named patient, but was unable to for the following reason:

- ❑ Language Barrier
- ❑ Patient Cannot Read
- ❑ Patient Objects
- ❑ Read Later and Return
- ❑ Unable to Sign
- ❑ Other: _____

_____ _____
Employee Name Date

Favor de enviar a:

Central Registration Department
Yale Medical Group
Patient Financial Services
300 George St, 6th Floor
P.O. Box 7309
New Haven, CT 06519-0309

ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE YALE