



## NYU Langone Health

### Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE CONSULTAR DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

#### **Estamos comprometidos con su privacidad**

NYU Langone Health se compromete a mantener la privacidad y la confidencialidad de su información médica. Únicamente usaremos o revelaremos (compartiremos) su información médica según lo descrito en este Aviso. Se le pedirá que firme un acuse de recibo de este Aviso.

#### **Quién cumple este Aviso**

Este es un Aviso conjunto que cumplen todos los empleados, el personal médico, el personal en formación, los estudiantes, los voluntarios y los agentes de NYU Langone Health en estos centros:

- NYU Langone Hospitals (incluyendo NYU Langone Health Home Care)
- NYU Grossman School of Medicine (incluyendo nuestros consultorios médicos grupales)
- Family Health Centers en NYU Langone Health
- Southwest Brooklyn Dental Practice

NYU Langone Hospitals y NYU Grossman School of Medicine participan en un Acuerdo de atención médica organizada (“OHCA”) con las siguientes entidades:

- Family Health Centers en NYU Langone Health
- Southwest Brooklyn Dental Practice
- Long Island Community Hospital (“LICH”)

Esas entidades que participan en el OHCA pueden usar y compartir entre ellas su información para hacer operaciones de tratamiento, pago y atención médica relacionadas con este acuerdo.

Si los profesionales de NYU Langone Health le dan tratamiento o le prestan servicios en otros centros, por ejemplo, en Manhattan VA Medical Center o en Bellevue Hospital Center, se aplicará el Aviso de prácticas de privacidad que reciba allí.

#### **Uso e intercambio de su información**

Esta sección describe las diferentes maneras en que podríamos usar y compartir su información. Por lo general, nos comunicaremos con usted por teléfono para estos fines, pero si nos ha dado su dirección de correo electrónico o su permiso para que le enviemos un mensaje de texto, es posible que nos comuniquemos con usted de esa manera. La comunicación mediante mensajes de texto y correo electrónico puede no ser segura ni estar cifrada, y, dándonos su número de teléfono celular o su correo electrónico, usted autoriza a NYU Langone Health a comunicarse con usted de esa manera.

Principalmente, usamos y compartimos su información para hacer operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esto significa que usamos y compartimos su información médica:

- con otros proveedores de atención médica que le estén dando tratamiento o con una farmacia que esté surtiendo sus recetas;
- con su plan de seguro, para cobrar los servicios de atención médica u obtener aprobación previa para sus tratamientos; y

## NYU Langone Health

### Aviso de prácticas de privacidad

- para operar nuestra empresa, mejorar la atención, educar a nuestros profesionales y evaluar el desempeño de los proveedores.

A veces, es posible que compartamos su información con nuestros socios comerciales, por ejemplo, el servicio de facturación que nos ayuda con nuestras operaciones comerciales. Todos nuestros socios comerciales deben proteger la privacidad y la seguridad de su información médica, igual que nosotros.

También es posible que usemos o compartamos su información para comunicarnos con usted:

- para hablar de servicios o beneficios relacionados con la salud;
- para hablar de sus futuras citas;
- para saber si le interesaría participar en proyectos de investigación;
- para hablar de las actividades de recaudación de fondos de NYU Langone Health.

Tiene derecho a dejar de recibir comunicaciones sobre la recaudación de fondos. Puede pedirlo escribiendo a la Oficina de Desarrollo de NYU Langone Health [NYU Langone Health Development Office] a [developmentoffice@nyulangone.org](mailto:developmentoffice@nyulangone.org), o llamando al 212-404-3640 o al número gratuito, 1-844-651-4036.

Si no quiere que lo informen de proyectos de investigación en los que podría participar, puede escribir a [research-contact-optout@nyulangone.org](mailto:research-contact-optout@nyulangone.org) llamar al 1-855-777-7858.

Hay protecciones especiales si usamos o compartimos información médica delicada. Esto incluye información relacionada con el VIH, información sobre salud mental, información sobre tratamiento por abuso de drogas o alcohol e información genética. Por ejemplo, según las leyes del estado de Nueva York, la información confidencial relacionada con el VIH solo puede compartirse con personas que estén autorizadas por ley a tenerla o con personas a las que usted haya autorizado a tenerla firmando un formulario de autorización específico. Si su tratamiento incluye ese tipo de información, puede comunicarse con el representante de Privacidad para obtener una explicación detallada.

También se nos permite compartir su información de otras maneras, y, a veces, la ley lo exige. Debemos cumplir determinadas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información por los siguientes motivos. Algunos ejemplos de cada uno incluyen:

- Salud pública y seguridad: reportar enfermedades, nacimientos o muertes; reportar sospechas de abuso, descuido o violencia doméstica; evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad públicas; monitorear retiradas de productos del mercado; y reportar información con fines de seguridad y calidad.
- Investigación: análisis de proyectos de registros médicos que haya aprobado nuestra Junta de Revisión Institucional (IRB) y que representen un riesgo bajo para su privacidad; preparación para un estudio de investigación; estudios que solo conlleven información de difuntos.
- Procedimientos judiciales y administrativos: en respuesta a una orden judicial o administrativa.
- Compensación de trabajadores y otros pedidos del gobierno: audiencias o pagos de reclamos de compensación de trabajadores; con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; funciones especiales del gobierno (militares, seguridad nacional).

## NYU Langone Health

### Aviso de prácticas de privacidad

- Fuerzas del orden: con las autoridades, para identificar o encontrar a una persona sospechosa o desaparecida.
- Cumplimiento de la ley: con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para ver si cumplimos las leyes federales de privacidad.
- Situación de ayuda por desastres: compartir su ubicación y la ubicación general con el fin de informar a sus familiares, amigos y agencias aprobadas por la ley para ayudar en situaciones de emergencia.
- Con organizaciones que manejen la donación o el trasplante de órganos, tejidos u ojos.
- Con forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, según sea necesario para que hagan su trabajo.
- En relación con revelaciones o usos permitidos: decir su nombre en un área de espera para una cita, y otras personas en esa área podrían escuchar su nombre. Hacemos todo lo posible para limitar dichos usos y revelaciones incidentales.

En las siguientes situaciones, podríamos usar o revelar su información, a menos que usted se oponga o si nos da específicamente su permiso. Si, por algún motivo, no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que sería lo mejor para usted.

- Con nuestro directorio de pacientes, incluyendo nuestro departamento de servicios de capellanía, como un sacerdote o un rabino.
- Con su familia, amigos u otras personas que participen en su atención o en el pago de su atención.

En las siguientes situaciones, solo usaremos o compartiremos su información si usted nos da permiso por escrito:

- Para fines de marketing
- Para venderla o para pagos por parte de un tercero
- La mayoría de los casos en los que se comparten notas de psicoterapia
- Cualquier otro motivo que no se describa en este Aviso

Usted puede revocar (cancelar) ese permiso, excepto cuando ya nos hayamos basado en el mismo, comunicándose con el representante de Privacidad.

### Sus derechos

Usted tiene determinados derechos sobre su información médica. Puede:

- revisar u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico, incluyendo registros de facturación. Por sus expedientes, se le puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo. Si hay algún retraso, se lo diremos. También puede consultar su información médica directamente por medio de nuestro portal seguro para pacientes, MyChart de NYU Langone Health en <https://mychart.nyulmc.org/>;
- pedir comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de cierta manera, por ejemplo, por teléfono celular. Cumpliremos todas las peticiones razonables;
- pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. No estamos obligados a cumplir su petición, pero la revisaremos. Si paga totalmente de su bolsillo por los servicios y nos pide que no compartamos la información con su plan de seguro, aceptaremos a menos que una ley nos obligue a compartir dicha información;

## NYU Langone Health

### Aviso de prácticas de privacidad

- pedimos que corrijamos su expediente médico si es impreciso o está incompleto. Podemos denegar su petición, pero lo informaremos de los motivos por escrito en un plazo de 60 días;
- obtener una lista de las personas con las que hayamos compartido información. Puede pedir una lista (informe) de las veces que compartimos su información y por qué lo hicimos para los seis años anteriores a su petición. En esa lista no se incluirán todas las revelaciones, por ejemplo, las que se hayan hecho por motivos de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. Tiene derecho a obtener esta lista sin cargo una vez cada 12 meses, pero es posible que le cobremos el costo de dar listas adicionales durante ese tiempo;
- obtener una copia de este Aviso de privacidad. Simplemente pídalo y le daremos una copia en el formato que quiera (papel o electrónico);
- elegir a alguien para que lo represente. Este “representante personal” puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Normalmente, los padres y los tutores tendrán este derecho sobre los menores de edad, a menos que la ley le permita al menor actuar en su propio nombre;
- presentar una queja, si cree que se han violado sus derechos. Puede comunicarse con el representante de Privacidad o con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No tomaremos represalias ni medidas en su contra por presentar una queja;
- pedir más protecciones de privacidad para su expediente médico electrónico.

#### Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida.
- Le avisaremos si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información identificable.
- Debemos cumplir las prácticas descritas en este Aviso y darle una copia del mismo.
- Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible si lo pide y en nuestro sitio web en [www.nyulangone.org](http://www.nyulangone.org).

#### Preguntas o preocupaciones

Si tiene una pregunta o quiere ejercer sus derechos descritos en este Aviso, comuníquese con el representante de Privacidad: One Park Avenue, 3<sup>rd</sup> Floor, New York, New York 10016, Attention: Privacy Officer, por teléfono, llamando al 1-877-PHI-LOSS o al 212-404-4079, o por correo electrónico, escribiendo a [compliancehelp@nyulangone.org](mailto:compliancehelp@nyulangone.org).

La mayoría de las peticiones para ejercer sus derechos deben hacerse por escrito al representante de Privacidad, o al consultorio del médico o al departamento del hospital que correspondan. Para obtener más información o pedir un formulario de solicitud, comuníquese con el representante de Privacidad o visite <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Este Aviso entró en vigor el 3/1/2024.



# NYU Langone Health

## Aviso de prácticas de privacidad

### FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Firmando este formulario, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de NYU Langone Health.**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del representante personal (si corresponde):** \_\_\_\_\_

**Autoridad del representante personal (p. ej., padre/madre, tutor, apoderado para decisiones médicas):**

\_\_\_\_\_

**En vigor a partir del 3/1/24.**