



NYU Langone Health

Aviso sobre prácticas de privacidad [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Nos comprometemos a proteger su privacidad

NYU Langone Health se compromete a resguardar la privacidad y la confidencialidad de su información de salud. Únicamente usaremos o divulgaremos (compartiremos) su información de salud según lo descrito en este Aviso. Le solicitaremos que firme un acuse de recibo de este Aviso.

Quiénes cumplen con este Aviso

Este es un Aviso conjunto que siguen todos los empleados, el personal médico, los residentes, los estudiantes, los voluntarios y los agentes de NYU Langone Health en las siguientes instalaciones:

- NYU Langone Hospitals (incluida NYU Winthrop Certified Home Health Agency)
- NYU School of Medicine (incluida nuestra Faculty Group Practices)
- Family Health Centers en NYU Langone Health
- Southwest Brooklyn Dental Practice

NYU Langone Hospitals y NYU School of Medicine participan en una Disposición de Atención Médica Organizada con Family Health Centers en NYU Langone Health y Southwest Brooklyn Dental Practice y pueden utilizar y compartir entre ellos su información para llevar a cabo procesos de tratamiento, pago y atención médica relacionados con esta disposición.

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

Usar y compartir su información

Esta sección describe las diferentes maneras en las que usamos y compartimos su información. Generalmente, nos comunicaremos con usted para estos fines por teléfono, pero si nos brindó su dirección de correo electrónico o su permiso para enviarle un mensaje de texto, es posible que nos comuniquemos con usted de esa manera.

Principalmente, usamos y compartimos su información para los fines relacionados con procesos de tratamiento, pago y atención médica. Esto significa que usamos y compartimos su información de salud con las siguientes personas/entidades y para lo siguiente:

- con otros proveedores de atención médica que le estén brindando tratamiento o con una farmacia que esté surtiendo sus recetas;



NYU Langone Health

Aviso sobre prácticas de privacidad [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

- con su plan de seguro a fin de obtener una aprobación previa para su tratamiento o cobrar el pago de servicios de atención médica;
- para dirigir nuestra empresa, para mejorar la atención, para brindar instrucción a los profesionales de atención médica y para evaluar el desempeño del proveedor.

En ocasiones es posible que compartamos su información con nuestros socios comerciales, por ejemplo, el servicio de facturación, quienes nos ayudan con nuestras operaciones comerciales. Todos los socios comerciales deben proteger la privacidad y la seguridad de su información de salud tal como nosotros lo hacemos.

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

- brindar información sobre servicios o beneficios relacionados con la salud;
- brindar información sobre sus futuras citas;
- saber si le interesaría participar en proyectos de investigación;
- brindar información sobre la recaudación de fondos de NYU Langone Health.

Tiene derecho a dejar de recibir las comunicaciones relacionadas con la recaudación de fondos. Puede hacerlo escribiendo a la NYU Langone Health Development Office en developmentoffice@nyulangone.org, o bien, llamando por teléfono al 212-404-3640 o al número gratuito 1-800-422-4483.

Si no desea ser notificado sobre proyectos de investigación en los que puede participar, puede comunicarse con research-contact-optout@nyulangone.org o al 1-855-777-7858.

Se aplican protecciones especiales si usamos o compartimos información de salud privada. Esto incluye información relacionada con el VIH, información de salud mental, información sobre el tratamiento por abuso de drogas o alcohol e información genética. Por ejemplo, de conformidad con las leyes estatales de Nueva York, la información relacionada con el VIH solo puede ser compartida con personas autorizadas a tenerla por ley o personas que usted haya autorizado a tenerla mediante la firma de un formulario de autorización específico. Si su tratamiento incluye esta información, puede comunicarse con el Funcionario encargado de temas de privacidad para obtener más detalles.

También se nos permite, y en ocasiones la ley nos exige, compartir su información de otras maneras. Debemos cumplir con determinadas condiciones de la ley antes de poder compartir su información por los siguientes motivos. Algunos ejemplos de cada condición incluyen lo siguiente:

- Salud pública y seguridad: informar enfermedades, nacimientos o muertes; informar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica; evitar una amenaza grave

NYU Langone Health

Aviso sobre prácticas de privacidad [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

a la salud o la seguridad públicas; realizar un monitoreo de un retiro de un producto del mercado y dar a conocer información con fines de seguridad y calidad.

- Investigación: análisis de proyectos de registros de salud que fueron aprobados por nuestra Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) y que presentan un bajo riesgo para su privacidad; preparación para un estudio de investigación; estudios que solo involucran información de difuntos.
- Procedimientos judiciales y administrativos: en respuesta a una orden judicial o administrativa.
- Compensación de trabajadores y otros requerimientos del gobierno: audiencias o pagos de reclamaciones de compensación de trabajadores; agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; funciones especiales del gobierno (militares, seguridad nacional).
- Cumplimiento de la ley: con un oficial de la ley para identificar o encontrar a una persona sospechosa o desaparecida.
- Cumplir con la ley: al Departamento de Salud y Servicios Humanos para conocer si cumplimos con las leyes federales de privacidad.
- Situación de ayuda humanitaria: compartir su ubicación y la ubicación general con el fin de notificar a sus familiares, amigos y organismos aprobados por la ley para ayudar en situaciones de emergencia.
- Para organizaciones que manejen la donación o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- Según sea necesario, para que realice su trabajo un juez de instrucción que investiga muertes sospechosas, examinador médico o director funerario.
- Usos y divulgaciones accidentales de un uso o divulgación permitido: decir su nombre en un área de espera para una cita y con la posibilidad de que otras personas en dicha área escuchen su nombre. Realizamos esfuerzos razonables para limitar estos usos y divulgaciones accidentales.

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

- Para nuestro directorio de pacientes, incluido nuestro Departamento de Servicios de Capellán, como un sacerdote o un rabino.
- Con su familia, amigos u otras personas involucradas en su atención o 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 comercialización
- Venta de su información o pagos de un tercero



NYU Langone Health

Aviso sobre prácticas de privacidad

[NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

- Uso compartido de notas de psicoterapia
- Cualquier otro motivo no descrito en este Aviso

Usted puede revocar (cancelar) ese permiso, excepto cuando ya hemos contado con él, si se comunica con el Funcionario encargado de temas de privacidad.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Puede hacer lo siguiente:

- Revisar u obtener una copia electrónica o impresa de su registro de salud, incluidos los registros de facturación. Por sus registros, se le puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo. Le haremos saber acerca de cualquier retraso. También puede acceder a su información de salud directamente a través de nuestro portal seguro para pacientes, MyChart en NYU Langone Health en <https://mychart.nyulmc.org/>.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de cierta manera, por ejemplo, por teléfono celular. Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
- Solicitarnos limitar lo que usamos o compartimos para sus procesos de tratamiento, pago y atención médica. No estamos obligados a acceder a su solicitud, pero la revisaremos. Cuando paga por servicios de su bolsillo, en su totalidad, y nos solicita no compartir la información con su plan de seguro, aceptaremos a menos que una ley nos obligue a compartir dicha información.
- Solicitarnos corregir su registro de salud si no es correcto o no está completo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito dentro de los 60 días.
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información. Puede solicitar una lista (reseña) de las veces que compartimos su información y los motivos durante los seis años anteriores a su solicitud. No todas las divulgaciones serán incluidas en esta lista, como las realizadas para los procesos de tratamiento, pago o atención médica. Tiene derecho a obtener esta lista una vez cada 12 meses sin cargos, pero es posible que le cobremos el costo de proporcionar listas adicionales durante ese tiempo.
- Obtener una copia de este Aviso de privacidad. Simplemente solicítelo y le daremos una copia en el formato que desea (papel o electrónico).
- Elegir a alguien para que lo represente. Este “representante personal” puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. En general, los padres y los tutores de los menores de edad tendrán este derecho, a menos que la ley le permita al menor actuar en su propio nombre.
- Presentar una queja si considera que sus derechos fueron violados. Puede comunicarse con el Funcionario encargado de temas de privacidad o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No tomaremos represalias ni medidas en su contra por presentar una queja.



NYU Langone Health

Aviso sobre prácticas de privacidad [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

- Solicitar protecciones de privacidad adicionales con respecto a su registro de salud electrónico.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida.
- Le notificaremos si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información identificable.
- Debemos cumplir con las prácticas descritas en este Aviso y darle una copia de este Aviso.
- Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible si lo solicita y en nuestro sitio web en www.nyulangone.org.

Preguntas o inquietudes

Si tiene una pregunta o desea ejercer sus derechos descritos en este Aviso, comuníquese con el Funcionario encargado de temas de privacidad en: One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, a la atención de: Funcionario encargado de temas de privacidad, por teléfono al 1-877-PHI-LOSS o al 212-404-4079 o por correo electrónico a compliancehelp@nyulangone.org.

La mayoría de las solicitudes para ejercer sus derechos deben realizarse por escrito al Funcionario encargado de temas de privacidad o al consultorio médico o departamento del hospital correspondiente. Para obtener más información o un formulario de solicitud, comuníquese con el Funcionario encargado de temas de privacidad o visite <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Este Aviso está en vigencia a partir del 08/01/2019.



**Aviso sobre prácticas de privacidad de
NYU Langone Health
[NYU Langone Health
Notice of Privacy Practices]**

**FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL AVISO SOBRE
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
[NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT FORM]**

**Al firmar este formulario, reconozco que recibí una copia del Aviso sobre prácticas de
privacidad de NYU Langone Health.**

**[By signing this form, I acknowledge that I have received a copy of NYU Langone
Health's Notice of Privacy Practices.]**

Nombre del paciente [Patient Name]: _____

Firma [Signature]: _____ Fecha [Date]: _____

**Nombre del representante personal (si corresponde): _____
[Personal Representative's Name (if applicable)]**

**Autoridad del representante personal (p. ej., padre/madre, tutor, apoderado para fines de
atención médica):
[Personal Representative's Authority (e.g., parent, guardian, health care proxy)]**
