



Cornell Scott  
Hill Health  
Corporation

## **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Proteger su privacidad es importante para nosotros. Por favor, con este aviso infórmese de sus derechos como paciente sobre la privacidad de su información médica.

---

Cornell Scott-Hill Health Center (CS-HHC) se esfuerza continuamente por brindarle el más alto nivel de atención. Para ayudarnos en nuestros esfuerzos por mejorar nuestros servicios, lo invitamos a que reporte con la administración de CS-HHC sobre la calidad de atención recibida o acerca de la seguridad y limpieza de nuestras instalaciones.

Contáctenos por teléfono: 203-503-3153

Debido a que estamos acreditados por la Joint Commission, una agencia de acreditación nacional, puede contactarse con ellos por escrito a:

One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, Illinois 60181

O por teléfono al (630) 792-5000



Este aviso describe como su información médica puede ser usada o expuesta y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor, revise este aviso cuidadosamente.

**Para Más Información, Por Favor Contáctese con:**

Deirdre Moody, Oficial de Privacidad  
Cornell Scott-Hill Health Corporation  
400 Columbus Avenue, New Haven, CT 06519  
203-503-3153

**Quiénes Somos:** Este aviso describe las prácticas de privacidad de Cornell Scott-Hill Health Corporation (CS-HHC), lo cual incluye la práctica de privacidad de:

- todos nuestros doctores, enfermeras y otros profesionales de la salud autorizados a ingresar información sobre usted en nuestros expedientes médicos
- todos nuestros departamentos, incluyendo nuestros registros médicos y departamentos de facturación
- todos los locales de nuestros centros de salud, programas de alcance comunitario, instalaciones para el cuidado de pacientes o programas dirigidos por CS-HHC.
- todos nuestros empleados, trabajadores en planilla, voluntarios y otro personal que trabaja para nosotros o en nuestra representación

**Nuestro Compromiso:** Entendemos que la información sobre su salud y la atención médica que recibe son personales. Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud. Cuando recibe tratamiento y otros servicios de atención médica de nosotros, creamos un registro de los servicios que recibió. Necesitamos este registro para proporcionarle un cuidado de calidad y cumplir con los requisitos legales. Este aviso se aplica a todos nuestros expedientes sobre su atención, ya sean realizados por nuestros profesionales de atención de la salud u otras personas que trabajan en este consultorio, y le informa sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Este aviso también describe sus derechos con respecto a la información de salud que guardamos sobre usted y las obligaciones que tenemos cuando usamos y revelamos su información de salud.

**Se nos requiere por Ley a:**

- asegurar que su información médica se mantenga privada
- darle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida
- notificar a las personas afectadas después de una violación de la información de salud protegida que no está salvaguardada y
- seguir los términos de notificación actualmente vigentes para toda su información de salud protegida.

**Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información de Salud Protegida**

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para estos propósitos:

**Tratamientos:** Para proporcionarle tratamiento o servicios de salud, podemos divulgar su información de salud a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros que estén involucrados en su cuidado. Pueden trabajar en el CS-HHC, en el hospital (si está hospitalizado bajo nuestra supervisión) o en otro consultorio médico, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica a quien podamos remitirle para tratamiento, consulta, radiografías, pruebas de laboratorio, prescripciones u otros servicios de atención médica. También pueden incluir a médicos y otros profesionales de la salud que trabajan en el CS-HHC o en otros lugares que consultan su cuidado. Por ejemplo, podemos revelar que tiene diabetes a un médico de la sala de emergencias que le esté tratando por una pierna rota, porque la diabetes puede afectar el proceso de curación de su cuerpo.

**Pagos:** Para facturar y cobrar pagos por usted, su compañía de seguros incluyendo Medicare y Medicaid u otra tercera parte que pueda estar disponible para reembolsarnos una parte o la totalidad de los costos de su atención médica, también podemos divulgar su información de salud a otros proveedores médicos o su plan de salud para que puedan arreglar el pago relacionado con su atención. Por ejemplo, si tiene un seguro de salud, es posible que debamos compartir información sobre su visita al consultorio con su plan de salud para pagarnos o reembolsarle por la visita. También podemos informarle a su plan de salud sobre el tratamiento que usted necesita para obtener la aprobación previa de su plan de salud o para determinar si su plan proporciona cobertura para el tratamiento.

**Operaciones:** Para nuestras operaciones cotidianas, podemos revelar información sobre usted a otros proveedores de atención médica involucrados en su atención o en su plan de salud para usarlos en operaciones diarias. Estos usos y divulgaciones son necesarios en CS-HHC, para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para ayudar a otros proveedores y planes de salud que hagan lo mismo. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para revisar los servicios que ofrecemos y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su cuidado. También podemos combinar la información de salud de nuestros pacientes con la información de salud de otros proveedores de atención médica para decidir qué servicios adicionales debe ofrecer CS-HHC, qué servicios no son necesarios, si los nuevos tratamientos son eficaces o saber cómo se compara nuestro desempeño con el de otros y dónde hacer mejoras. Podemos

eliminar la información que lo identifica de este conjunto de información de salud, así otros pueden usarla para estudiar la prestación de atención de salud sin saber quiénes son nuestros pacientes.

**Recordatorio de Citas:** Se le contactará para recordarle que tiene una cita médica. A menos que nos indique lo contrario, podemos enviarle recordatorios por correo postal, mensaje de texto, correo electrónico o llamada telefónica (incluyendo buzón de voz).

**Servicios Relacionados con su Salud y Tratamientos Alternativos:** Para informarle sobre los servicios relacionados con su salud o las opciones o alternativas de tratamientos recomendados que pueden ser de su interés. Por favor, háganos saber si no desea que nos pongamos en contacto con usted sobre esta información o si desea que usemos una dirección diferente al enviarle esta información.

**Individuos Involucrados en su Cuidado o en el Pago de su Cuidado:** A menos que nos indique lo contrario, podemos divulgar su información de salud a un amigo o miembro de la familia que esté involucrado en su atención de salud o a la persona que ayuda a pagar su atención con autorización escrita, en situaciones de emergencia o cuando la ley lo autoriza.

**Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información de salud para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación de la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento a los que recibieron otra medicina para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de información de salud, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de privacidad de un paciente. Antes de usar o divulgar información de salud para la investigación, el proyecto será aprobado a través de este proceso de aprobación especial, aunque divulguemos información de salud sobre usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación. Por ejemplo, podemos ayudar a que los investigadores potenciales busquen pacientes con necesidades de salud específicas, siempre y cuando la información de salud que revisen no salga de nuestras instalaciones. Siempre le pediremos su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o estará involucrado en su cuidado.

**Donación de Órganos o Tejidos:** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud a organizaciones que manejan la adquisición o trasplantes de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejidos.

**Según sea Requerido por Ley:** Cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.

**Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad:** Cuando sea necesario prevenir una amenaza grave a su seguridad o salud, así también como la seguridad del público u otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, sólo sería para alguien capaz de ayudar a una amenaza próxima.

**Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas o ha sido separado/ despedido de los servicios militares, podemos divulgar su información de salud si lo requieren las autoridades de mando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veteran Affairs), según corresponda. También podemos divulgar información sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.

**Compensación de Trabajadores:** Para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **Salud Pública y Actividades de Seguridad:**

Estas actividades generalmente incluyen:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- reportar nacimientos y muertes
- reportar abuso o negligencia infantil
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos
- notificar a la gente si algún producto es retirado del mercado
- notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición médica.

**Abuso, negligencia o violencia doméstica:** Podemos notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que usted ha sido víctima de abuso o negligencia. Solo haremos esta divulgación cuando la ley lo exija y autorice o si usted acepta la divulgación.

**Actividades para la Supervisión de Salud:** Para actividades autorizadas por la ley que incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y Disputas:** En respuesta a una orden judicial o administrativa, en respuesta a una citación, una solicitud de descubrimiento u otro proceso legal que no vaya acompañado de una orden judicial o administrativa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para obtener una orden para proteger la Información solicitada, o si ha dado autorización por escrito a la persona que solicita la información.

**Aplicación de la Ley:** Si los agentes de la ley lo solicitan:

- en respuesta a una orden judicial, una citación, una orden de registro válida o un proceso similar
- acerca de la conducta criminal en CS-HHC
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito, la ubicación de un crimen o una víctima, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

**Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte. Además, los directores de funerarias pueden necesitar información para llevar a cabo sus funciones.

**Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia:** A funcionarios federales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizados por la ley.

**Servicios de Protección para el Presidente y Otros:** A los funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o llevar a cabo investigaciones especiales.

**Divulgaciones donde se requiere autorización:** Excepto según lo permitido por la ley, se requiere su autorización antes de la divulgación de información de salud protegida para fines de mercadotecnia o ventas o antes de cualquier divulgación de notas de psicoterapia.

## **SUS DERECHOS:**

Usted tiene ciertos derechos sobre la información de salud protegida. Esta parte de nuestro aviso describe sus derechos y cómo ejercerlos:

**Derecho a Inspeccionar y Copiar:** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información de salud protegida de sus registros médicos y de facturación, o cualquier grupo de registros que mantengamos y usemos para tomar decisiones sobre su atención médica.

Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida debe enviar su solicitud por escrito a nuestro personal encargado de la privacidad identificado en la primera página de este aviso. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos del copiado y envío y por cualquier otro costo relacionado a su solicitud.

Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si su solicitud es denegada, puede solicitar que la negación sea revisada. Designaremos a un profesional de la salud con licencia para revisar nuestra decisión de denegar su solicitud. La persona que conduce la revisión no será la misma persona que rechazó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a Enmendar:** Si considera que la información de salud que mantenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Tiene el derecho de solicitar una enmienda para cualquier información que mantengamos de usted. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y presentarse a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud de una enmienda.

Podemos denegar su solicitud de una enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos requiere que modifiquemos información que:

- no fue creada por nosotros, a menos que la persona u organización que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda.
- no pertenece a la información de salud archivada por o para Cornell Scott-Hill Health Corp.
- no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar, o
- creemos que es exacta y completa.

Cualquier enmienda que hagamos a su información de salud protegida será revelada a los profesionales de la salud involucrados en su cuidado y a otros para llevar a cabo las operaciones de pago y atención médica, como describimos anteriormente en este aviso.

**Derecho a Recibir una Contabilidad de las Divulgaciones:** Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud protegida. Cualquier contabilidad no incluirá todas las divulgaciones realizadas. Por ejemplo, una contabilidad no incluirá divulgaciones:

- de acuerdo con su autorización escrita
- a un familiar, otro pariente o amigo personal involucrado en su cuidado o pago por su cuidado, cuando usted nos ha dado permiso para hacerlo
- a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley

Para solicitar una contabilidad de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro personal encargado de la privacidad identificada en la primera página de este aviso. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede ser más de seis (6) años antes de la fecha de su solicitud. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales podemos cobrarle por los costos de proporcionar una lista. Le notificaremos del costo involucrado y podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que incurra en cualquier otro costo. Le enviaremos por correo una lista de divulgaciones en papel dentro de los 30 días después de su solicitud o le notificaremos si no podemos proporcionar dicha lista dentro de ese período de tiempo. Le enviaremos por correo una lista de las divulgaciones impresa en papel en un plazo de 30 días a partir de su solicitud, o le notificaremos si no podemos suministrar la lista en ese plazo y en qué fecha podremos suministrarla. Esta fecha no excederá de 60 días a partir de la fecha en que usted realizó la solicitud.

**Derecho a Solicitar Restricciones:** Tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación para la información de salud que usamos o divulgamos acerca de usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene el derecho de solicitar un límite o restricción en la información de salud que previamente hemos autorizado revelar acerca de usted a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información sobre usted a un médico u otro profesional de la salud o que no revelemos información a su cónyuge sobre ciertos cuidados médicos que recibió.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones, si no es factible para nosotros cumplir con su solicitud o si creemos que tendrá un impacto negativo en nuestra capacidad para cuidar de usted. Sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamientos de emergencia. Tendremos que aceptar su solicitud de limitar divulgaciones de información de salud protegida sobre usted a un plan de salud si la divulgación es con el fin de realizar pagos u operaciones de atención de salud y cualquier otro fin que la ley no lo exija, y la información de salud protegida es concerniente únicamente a un artículo o servicio de atención de salud pagado en su totalidad por usted u otra persona que no sea el plan de salud. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro personal encargado de la privacidad identificado en la primera página de este aviso. En su solicitud, debe indicarnos la información que desea restringir y a quién desea que se apliquen las restricciones.

**Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales:** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de una manera determinada. Por ejemplo, puede pedir que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo a una dirección específica.

Para solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro personal encargado de la privacidad identificado en la primera página de este aviso. No le pediremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o de qué manera desea ser contactado. Acomodaremos todas las peticiones razonables.

**Derechos al Acceso Directo de sus Resultados de Laboratorio:** Usted tiene derecho a recibir una copia de cualquier resultado de análisis de laboratorio relacionado con usted.

**Derecho a Solicitar Retiros (Opt Out) de las Recaudaciones de Fondos:** Tiene derecho a notificarnos si prefiere no recibir solicitudes de recaudación de fondos.

**Derecho a Restringir por las Facturas Pagadas de su Propio Bolsillo:** Tiene derecho a restringir que su información sea enviada o accedida por Medicare o su seguro privado de salud si usted paga directamente su factura médica y la paga completamente para todos los servicios de salud recibidos. Esta regla no se aplica a los pacientes de Medicare.

**Derecho a una Copia Impresa de este Aviso:** Tiene derecho de recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para recibir una copia, por favor contáctese con la persona encargada de la privacidad identificada en la primera página de este aviso. También se puede obtener cualquier aviso modificado visitando nuestro sitio web: [www.cornellscott.org](http://www.cornellscott.org)

**Cambios a este Aviso:** Nos reservamos el derecho de realizar cambios a este aviso y hacer los cambios vigentes a toda la información de salud que tengamos sobre usted, sea información que hallamos recibido previamente o información que pudiésemos recibir en el futuro sobre usted. Nuestro aviso indicará la fecha vigente en la última página. Además, si lo solicita, le daremos una copia de nuestro aviso actual.

**Quejas:** Si cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S. para los Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Service for Civil Rights) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

o llamando al 1-877-696-6775 o a través de la website [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

Puede enviarnos su queja describiendo detalles en una carta o contándonos su queja en persona o por teléfono:

**Director de Información Médica/Oficial de Privacidad: 203-503-3153**  
**Cornell Scott-Hill Health Center • 400 Columbus Ave, New Haven, CT 06519**

Por favor describa los motivos de la queja con fechas y nombres de todas las personas involucradas. Por favor, déjenos saber cómo contactarlo para responder su solicitud. Usted no será penalizado por presentar la queja.

### **Otros Usos y Divulgaciones de su Información de Salud Protegida**

Otros usos y divulgaciones de información de salud protegida no cubiertos por este aviso o ley aplicable serán hechos solamente con su autorización por escrito. Si nos da su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud protegida, puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud protegida por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos recuperar los usos y divulgaciones que ya hemos hecho con su autorización y que estamos obligados a conservar nuestros registros del cuidado que le proporcionamos.

**Programas de trastorno por consumo de sustancias:** la confidencialidad de los registros médicos de pacientes con trastorno por consumo de sustancias mantenidos por CS-HHC está protegida por las reglamentaciones federales. En general, CS-HHC no puede reconocer la presencia de un paciente identificado en cualquiera de los locales de CS-HHC o partes de una instalación de CS-HHC que públicamente se identifica como un lugar donde solo se brinda diagnóstico, tratamiento o derivación para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias a menos que el paciente consienta en la divulgación por escrito, o la divulgación esté autorizada por una orden judicial.

Cualquier respuesta a una solicitud para la divulgación de registros médicos del tratamiento de trastornos por uso de sustancias del paciente que no esté permitida por las reglamentaciones federales debe hacerse de una manera que no revele afirmativamente que la persona identificada ha sido, o está siendo, diagnosticada o tratada por trastornos por abuso de sustancias.

Existen situaciones limitadas en las que la regulación federal permite la revelación de información sobre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias del paciente sin su autorización. Éstas incluyen:

- al personal médico en la medida necesaria para atender una emergencia de salud de buena fe en la que no se pueda obtener previamente el consentimiento informado del paciente;
- con el propósito de llevar a cabo investigaciones científicas, con ciertas protecciones de confidencialidad específicas por las reglamentaciones; y
- en el curso de una revisión de registros médicos en las premisas del programa de trastorno por uso de sustancias para una auditoría o evaluación, con ciertas protecciones de confidencialidad según lo especificado por las reglamentaciones.

La violación de las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de la información del trastorno por uso de sustancias es un delito. Las sospechas de violaciones se pueden reportar al Fiscal Federal del distrito judicial en el que se produce la infracción y, si corresponde, a la oficina de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) responsable de la supervisión del programa de tratamiento de opiáceos.

Oficina del Fiscal de los Estados Unidos  
157 Church Street, Piso 25, New Haven, Connecticut 06510  
(203) 821-3700 Fax (203) 773-5376 • E-Mail: [USACT.Citizenscomplaint@usdoj.gov](mailto:USACT.Citizenscomplaint@usdoj.gov)  
SAMHSA Centro de Tratamiento para el Abuso de Sustancias  
5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857  
Teléfono: 240-276-1600

Si el paciente comete un delito en las instalaciones del programa para el tratamiento de trastorno por uso de sustancias o en contra del personal de dicho programa, su información no está protegida. Si existe sospecha de abuso y negligencia infantil realizados por el paciente, según la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes, su información no está protegida. Las reglamentaciones federales no prohíben a CS-HHC entregar acceso al paciente de sus propios registros médicos, incluyendo la oportunidad de inspeccionar y copiar cualquier registro que el programa de trastorno por consumo de sustancias mantenga sobre el paciente. Las regulaciones federales que rigen la información del tratamiento del trastorno por uso de sustancias se establecen a 42 C.F.R. § 2.1 et seq.