

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Ambulatory Center for Endoscopy

Fecha de entrada en vigencia: 14 de Marzo, 2013; revisado Enero, 2021

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **POR FAVOR, REVISE ESTE AVISO CON SUMA ATENCIÓN.**

El presente Aviso será aplicable para las siguientes entidades:

- **Ambulatory Center for Endoscopy**
- **Anesthesia Services**

NOTA: los proveedores de servicios médicos independientes que le brinden servicios o tratamiento a usted en el Centro (por ejemplo, cirujanos, anesthesiólogos, radiólogos, patólogos) también deberán acatar los términos de este Aviso referente a su información médica protegida respecto de la atención o el tratamiento que se le brindó en el Centro. En consecuencia, dichos proveedores independientes usarán y revelarán su información médica protegida respecto de atención o tratamientos prestados a usted en el Centro para los fines mencionados en el presente Aviso (por ejemplo, actividades respecto de sus propios pagos) y en la misma medida en que el Centro puede hacer dichos usos o revelaciones en virtud de los términos del presente. Dichos proveedores independientes, sin embargo, podrán tener diferentes políticas o avisos respecto de su uso y revelación de información médica mantenida por ellos respecto de atención o tratamientos prestados a usted fuera del Centro. Por favor, tenga en cuenta que dichos proveedores independientes no son empleados ni agentes del Centro, aunque se los incluye en este Aviso por la conveniencia de explicarle sus derechos respecto de la privacidad de la información médica protegida acerca de usted referida a la atención o tratamiento que se le brinda en el Centro.

Si tiene preguntas acerca de este aviso o si necesita más información, por favor, contáctese con nuestro Encargado de Privacidad al 201-293-3307. Debe dirigir las solicitudes por escrito a:

Ambulatory Center for Endoscopy, LLC
Attn: Privacy Officer
7600 River Road, 4th Fl/9226 John F. Kennedy Blvd
North Bergen, NJ 07047

NUESTRA PROMESA RESPECTO DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

La privacidad de su información médica protegida o "PHI" (por sus siglas en inglés) es importante para nosotros. Este aviso le informará las maneras en que podremos usar y revelar su PHI. El presente aviso describe sus derechos respecto de su PHI que reunimos y mantenemos y también describe determinadas obligaciones que tenemos respecto del uso y la revelación de su PHI.

La ley nos exige:

1. Mantener la privacidad de su PHI;
2. Darle este aviso que describe nuestras obligaciones legales, prácticas de privacidad y sus derechos respecto de su PHI que reunimos y mantenemos;
3. Notificarle si descubrimos una violación de su PHI que no esté asegurada de acuerdo con las directrices federales; y
4. Cumplir los términos del Aviso sobre Prácticas de Privacidad actualmente vigente.

SUS DERECHOS RESPECTO DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

1. **Derecho a Inspeccionar y a Copiar:** usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la totalidad o alguna parte de su registro médico o de salud, de acuerdo con lo estipulado por las regulaciones federales. Usted puede solicitar y recibir una copia electrónica de su PHI en caso de que mantengamos su PHI en un registro médico electrónico. Para inspeccionar y copiar su PHI, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Encargado de Privacidad, en el domicilio indicado en la primera página de este aviso. Si solicita una copia de su PHI podremos cobrarle un cargo razonable de acuerdo con la ley estatal para cubrir los costos asociados con su solicitud. Podremos denegar su solicitud bajo determinadas circunstancias limitadas.
2. **Derecho a Modificar:** usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI o un registro médico o de salud acerca de usted si considera que la información médica que tenemos acerca de usted es incorrecta o incompleta. Usted tiene derecho a solicitar una modificación siempre y cuando conservemos dicha información. Para solicitar una modificación, debe hacer la solicitud por escrito, presentarla a nuestro Encargado de Privacidad al domicilio indicado en la primera página de este aviso, y debe brindarnos un motivo que apoye su solicitud de modificación. Podremos denegar su solicitud en determinadas circunstancias limitadas.
3. **Derecho a una Justificación de las Revelaciones:** usted tiene derecho a solicitar un listado de explicaciones de las revelaciones que hemos realizado de su PHI, excepto por revelaciones realizadas con el fin de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines determinados si dichas revelaciones se hicieron a través de un registro en papel u otro registro médico que no sea electrónico, según lo dispuesto por las regulaciones federales. Si usted solicita una explicación de las revelaciones de su PHI, la explicación incluirá revelaciones realizadas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica en la medida en que las revelaciones se hayan realizado a través de un registro médico electrónico.

Para solicitar una explicación de las revelaciones, debe presentar la solicitud por escrito a nuestro Encargado de Privacidad en el domicilio indicado en la primera página de este aviso. Su solicitud debe indicar un período que no puede superar los 6 años y no podrá incluir fechas previas al 14 de abril de 2003. El primer listado que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuito. Para listados adicionales, le cobraremos por los costos que implica proporcionarle el listado. Le notificaremos el costo y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que se incurra en dichos costos.

4. **Derecho a Solicitar Restricciones:** usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre el uso y la revelación de su PHI. También tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de su revelación de la PHI a alguien involucrado en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que impidiéramos a un enfermero específico usar su PHI o que no reveláramos información a su cónyuge acerca de una cirugía a la que se sometió. Si usted paga un servicio completamente de su bolsillo, usted puede solicitar que se retenga la información respecto del servicio y que no se revele a un Pagador tercero para fines de pago o de operaciones de atención médica. La ley nos obliga a acatar dichas restricciones. Para solicitar una restricción sobre el uso y la revelación de su PHI, debe realizar la solicitud por escrito a nuestro Encargado de Privacidad en el domicilio indicado en la primera página de este aviso. En su solicitud, debe indicarnos qué información desea limitar y a quién desea que apliquen las limitaciones. Le notificaremos nuestra decisión respecto de la restricción solicitada. Si estamos de acuerdo con la solicitud solicitada, cumpliremos con su solicitud a menos que se necesite la información para realizarle un tratamiento de emergencia.
5. **Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI de manera determinada o que dichas comunicaciones estén dirigidas a una dirección determinada. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos contactemos con usted al trabajo o por correo a una casilla de correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar la solicitud por escrito a nuestro Encargado de Privacidad en el domicilio indicado en la primera página de este aviso. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos.

6. **Derecho a Recibir una Copia de este Aviso en Papel:** usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, si lo solicita. En el momento en que se presta el servicio por primera vez, tenemos la obligación de ofrecerle una copia en papel de este aviso.

Para recibir una copia de este aviso en otro momento, por favor solicítela a nuestro Encargado de Privacidad al domicilio indicado en la primera página de este aviso.

7. **Derecho a Revocar la Autorización:** si usted firma una autorización(es) para el uso y revelación de su PHI, usted tiene derecho a revocar dicha(s) autorización(es), excepto en la medida en que ya se haya actuado en base a la(s) misma(s).

CÓMO PODREMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN SU AUTORIZACIÓN:

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que podremos usar y revelar su PHI sin su autorización.

1. **Para Tratamiento:** podremos usar su PHI para brindarle servicios o tratamientos médicos. Podremos revelar su PHI a otros médicos, enfermeros, técnicos, alumnos de ciencias médicas, u otro personal involucrado en su cuidado o atención. Por ejemplo, otro médico que lo trate por una fractura en la pierna podrá necesitar saber si usted sufre diabetes, dado que la diabetes puede hacer más lento el proceso de curación.
2. **Para Pago:** podremos usar y revelar su PHI de manera que el tratamiento y los servicios que le brindamos se le facturen a usted y el Centro, la compañía de seguros o un tercero puedan realizar el cobro por los mismos. Por ejemplo, es posible que debamos suministrarle a su plan médico información acerca de su visita a nuestro centro para que el plan médico nos pague o le reembolse el costo de la visita. También podremos informar a su plan médico acerca de un tratamiento que usted esté por recibir para obtener aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
3. **Para Operaciones de Atención Médica:** podremos usar y revelar su PHI para operaciones de nuestro consultorio. Por ejemplo, podremos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal al atenderlo.
4. **Para Investigación:** podremos revelar su PHI para fines de investigación. Sólo revelaremos su PHI para fines de investigación con su autorización expresa o si el protocolo de investigación ha sido aprobado por una comisión revisora institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecidos protocolos para garantizar la privacidad de su PHI.
5. **Según lo Requerido por la Ley:** podremos revelar su PHI cuando así lo exija una ley federal, estatal o local.
6. **Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad:** podremos usar y revelar su PHI cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público o de otra persona.
7. **Militares y Veteranos:** si usted es miembro de las fuerzas armadas o ha sido separado/dado de alta del servicio

militar, podremos revelar su PHI según lo solicitado por autoridades militares o por el Departamento de Asuntos de Veteranos, según corresponda. También podremos revelar información médica acerca de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

8. Indemnización Laboral (Workers' Compensation): podremos revelar su PHI según lo autoricen y en cumplimiento de las leyes relacionadas con programas de indemnización laboral y otros programas establecidos por ley que proveen beneficios para lesiones y enfermedades laborales independientemente de la culpa.

9. Actividades Relacionadas con la Salud Pública: podremos revelar su PHI para actividades relacionadas con la salud pública. Estas actividades incluyen:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad;
- Informar nacimientos y decesos;
- Informar negligencia o abuso de menores;
- Informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Notificar a la población acerca de retiro de productos que puedan estar utilizando;
- Notificar a persona u organizaciones que deban recibir información acerca de productos regulados por la FDA; y
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o condición.

10. Actividades de Supervisión de la Salud: podremos revelar su PHI a una agencia de supervisión de la salud por actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que los gobiernos controlen el sistema de atención médica, programas de gobierno y cumplimiento de leyes de derechos civiles.

11. Pleitos y Disputas: si usted está involucrado en un pleito o disputa, podremos revelar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podremos revelar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otros procesos legales de alguien más involucrado en la disputa, pero sólo si se ha hecho todo lo posibles por informarle acerca de la solicitud o por obtener una orden que proteja la información solicitada.

12. Cuerpos Policiales: podremos revelar su PHI a agentes policiales para fines de aplicación de la ley incluyendo los siguientes:

- En el reporte de determinadas lesiones, de acuerdo con lo solicitado por la ley, heridas de arma de fuego, quemaduras, lesiones a autores de delitos;

- En respuesta a un orden judicial, citación, órdenes de detención, emplazamiento o procesos similares;
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Respeto de la víctima de un delito, si la misma acepta la revelación o en determinadas circunstancias limitadas, si no podemos obtener la autorización de la persona;
- Acerca de una muerte que consideramos puede ser resultado de una conducta delictiva;
- Acerca de conductas delictivas en nuestro centro; y
- En circunstancias de emergencia para informar un delito; la ubicación del delito o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

13. Donación de órganos y tejidos: podremos recelar su PHI a organizaciones involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos cadavéricos, córneas o tejidos, con el fin de facilitar la donación de órganos y tejidos cuando corresponda.

14. Abuso, Negligencia y Violencia Doméstica: podremos revelar su PHI a una autoridad de gobierno pertinente si razonablemente consideramos que usted puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo realizaremos esta revelación si usted está de acuerdo y cuando lo exija o autorice la ley.

15. Forenses, Examinadores Médicos y Directores Fúnebres: podremos revelar su PHI a un forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. También podremos revelar su PHI a directores fúnebres según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

16. Actividades de Inteligencia y Seguridad Nacional: podremos revelar su PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley, o para el fin de brindar servicios de protección al Presidente o jefes de estado extranjeros.

17. Reclusos: si usted está recluso en una institución correccional o bajo custodia de un agente del orden, podremos revelar su PHI a la institución correccional o al agente del orden. Esta divulgación sería necesaria (a) para que la institución le brinde atención médica; (b) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (c) para la seguridad y seguridad de la institución correccional.

EJEMPLOS DE OTRAS REVELACIONES PERMITIDAS O EXIJIDAS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN SU AUTORIZACIÓN:

1. Asociados Comerciales: algunas de nuestras actividades son llevadas a cabo en nuestro nombre por asociados comerciales a través de contratos que establecemos con ellos. Ejemplos de cuándo podremos valernos de un asociado comercial incluyen presentación de reclamos y codificado realizados por una compañía de facturación externa, actividades de consultoría y garantía de calidad provistas por un consultor externo, auditorías de codificado y facturación realizadas por un auditor externo y otros servicios legales y de consultoría provistos en respuesta a asuntos de facturación y reembolsos que puedan surgir cada tanto. Cuando celebramos contratos para obtener estos servicios, es posible que debamos revelar su PHI a nuestro asociado comercial de manera que el asociado realice el trabajo que le hemos solicitado. Para proteger su PHI, sin embargo, exigimos a nuestro asociado comercial que proteja debidamente su información.

2. Notificación: podremos usar o revelar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal, amigo personal cercano u otra persona responsable por su cuidado acerca de su ubicación y condición general. No revelemos su PHI a sus familiares, representante personal o amigo cercano como se describe en el presente, si usted objeta dicha revelación. Por favor, notifique a nuestro encargado de privacidad si objeta dichas revelaciones.

3. Comunicación con familiares: los profesionales de la salud, incluyendo a aquéllos empleados por o a través de un contrato con nosotros podrán revelar a un familiar, otro pariente, amigo personal cercano o a otra persona que usted identifique, información médica relativa a la participación de esa persona en su atención o pago, a menos que usted objete dicha revelación.

4. Comunicación de texto: tiene la opción de habilitar o inhabilitar las comunicaciones de texto con el centro. La comunicación de texto se usa para, pero no se limita a, confirmar citas, responsabilidad financiera y / o registro postoperatorio.

5. Conducta ilegal: la ley federal permite la revelación de su PHI a agencias de supervisión de la salud apropiadas, autoridades de la salud pública o abogados, siempre que un miembro de la mano de obra o asociado comercial considere de buena fe que hemos participado de conducta ilegal o que hemos violado de alguna otra manera normas profesionales o clínicas y que estamos potencialmente poniendo en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público.

NO PODREMOS USAR NI REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA LOS SIGUIENTES FINES SIN SU AUTORIZACIÓN:

1. Debemos obtener una autorización para usar o revelar notas de psicoterapia, a menos que sean para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud o que lo exija la ley, que lo permitan actividades de supervisión de la salud, a un forense o examinador médico o para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad.

Debemos obtener una autorización para revelar su PHI para comunicaciones de mercadeo acerca de productos o servicios que lo incentiven a usar o comprar el producto o servicio, a menos que la comunicación sea (a) una comunicación persona a persona o; (b) un obsequio promocional de valor nominal. Sin embargo, no tenemos que aceptar una autorización de su parte para recordatorios de resurtidos, información respecto de su tratamiento, coordinación de su atención o manejo de caso, para describir productos o servicios relacionados con la salud que sean de nuestra provisión o para contactarlo respecto de alternativas de tratamiento. Debemos notificarle si el mercadeo involucra una remuneración económica.

2. Debemos obtener una autorización para cualquier tipo de revelación de su PHI que constituya una venta de dicha PHI.

3. Debemos obtener su autorización para todos los demás usos y revelaciones de su PHI no descritos en este aviso.

Si nos da una autorización escrita para usar o revelar su PHI, podrá revocarla, por escrito, en cualquier momento

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y cualquiera de los términos de este aviso. Si nuestras prácticas de privacidad se modifican materialmente, revisaremos este aviso y haremos copias del aviso revisado si así lo solicita. Nos reservamos el derecho a hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la PHI que ya tengamos acerca de usted así como para toda la PHI que recibamos en el futuro.

PARA PRESENTAR UNA QUEJA:

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante nosotros, contacte a nuestro Encargado de Privacidad al número indicado al comienzo de este aviso. Todas las quejas se deben presentar por escrito. **No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.**

ACUSE DE RECIBO DE ESTE AVISO:

Le solicitaremos que firme un formulario separado acusando recibo de una copia de este aviso. Si lo prefiere, o si no puede firmar, un miembro del personal firmará su nombre y la fecha. Este acuse de recibo se archivará con sus registros.