



## **Aviso de Prácticas de Privacidad** **Revisado Agosto 15, 2013**

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE LAS MANERAS EN QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE A USTED (la persona que recibe atención y servicios) Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA.**

**POR FAVOR, LÉALO CON DETENIMIENTO.**

Nosotros respetamos la privacidad de la información personal sobre su salud y tenemos el compromiso de mantener la confidencialidad de cada uno de nuestros Pacientes y Residentes. El presente Aviso se aplica a todos los datos y los archivos relacionados con el cuidado de su salud que hayan sido recibidos o creados por nuestra institución. Asimismo, comprende la información recibida o creada por nuestros empleados, personal directivo, consultores, voluntarios y doctores. El Aviso también le informa a usted sobre el uso y la divulgación que podemos hacer de la información sobre su salud. También describe sus derechos y nuestras obligaciones en cuanto a la información personal sobre su salud.

Estamos obligados por ley a cumplir con lo siguiente:

- Mantener la privacidad de la información reservada sobre su salud;
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con la información personal sobre su salud;
- Notificarle en caso de acceso no autorizado a la información personal sobre su salud que se encuentre en formato no seguro; y
- Cumplir las disposiciones de este Aviso que se encuentren actualmente vigentes.

Salvo que la ley requiera lo contrario, tanto nuestras obligaciones como los derechos otorgados a usted en virtud del presente Aviso perderán vigencia una vez transcurridos los 50 (cincuenta) años posteriores a su fallecimiento.

**Entidades Afiliadas Cubiertas:** El presente Aviso se aplica a IsabellaGeriatric Center, Inc. Isabella Visiting Care, Inc. e Isabella Care at Home, Inc. que se han designado a ellas mismas, como Entidades Afiliadas Cubiertas. Se entiende como Entidades Afiliadas Cubiertas a todas las entidades afiliadas que queden cubiertas a los fines de protección de la privacidad según HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud). Las Entidades Afiliadas Cubiertas pueden intercambiar información entre ellas de acuerdo con lo permitido por la ley, con fines de tratamiento, pago y trámites relacionados con la atención de la salud, entre otros.

### **I. ESTAMOS AUTORIZADOS A USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE SU SALUD CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OTROS TRÁMITES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD**

A usted se le solicitará que firme una constancia de recibo del presente aviso, destinado a informar acerca de nuestras prácticas, nuestras políticas y nuestros requisitos en cuanto al uso y la divulgación de la información personal sobre su salud con fines de tratamiento, pago y otros trámites relacionados con la atención de la salud. A continuación se detallan dichos usos y divulgaciones, con ejemplos del tipo de uso y divulgación que puede corresponder a cada categoría.

**Tratamiento.** Nosotros usaremos y divulgaremos la información personal sobre su salud para brindarle tratamiento y servicios. Estamos autorizados a usar y divulgar dicha información al

personal interno y externo que pueda participar en la atención de su salud, como doctores, enfermeras, enfermeras asistentes y fisioterapeutas. **Por ejemplo**, una enfermera que le brinde atención a usted divulgará a su médico los cambios que observe en su estado. Asimismo, podemos divulgar la información personal sobre su salud a toda persona que vaya a brindarle atención cuando usted se retire de nuestra institución o luego de ello. **Por ejemplo**, si usted se traslada a un hospital, podemos divulgar dicha información a ese hospital.

**Pago.** Podemos usar y divulgar la información personal sobre su salud para facturar y cobrar el tratamiento y los servicios que usted reciba en nuestra institución. Para fines de facturación y cobro, podemos dar a conocer tal información a su representante y a las compañías de seguros médicos o de manejo de casos (atención personalizada de la salud), Medicare, Medicaid u otra dependencia pagadora. Por ejemplo, tenemos derecho a comunicarnos con Medicare o con su plan de salud para confirmar la cobertura o solicitar la aprobación previa de un tratamiento o servicio propuesto.

**Trámites relacionados.** Podemos usar o divulgar la información personal sobre su salud para operaciones o trámites relacionados con el funcionamiento de nuestra institución. En tales casos, la información se usará o divulgará cuando resulte necesario para administrar las instalaciones y controlar la calidad de nuestra atención. **Por ejemplo**, tenemos derecho a usar la información personal sobre su salud para evaluar los servicios de nuestra institución y el desempeño de nuestro personal, entre otros puntos.

## **II. ESTAMOS AUTORIZADOS A USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE SU SALUD PARA OTROS FINES ESPECÍFICOS**

**Directorio.** Salvo que usted disponga lo contrario, incluiremos cierta información limitada sobre usted en el directorio de nuestra institución. Entre los datos incluidos se pueden encontrar su nombre, su ubicación dentro de las instalaciones, su estado general y su filiación religiosa. Nuestro directorio no contiene información médica detallada sobre usted. Estamos facultados a divulgar los datos que figuran en nuestro directorio, con la salvedad de la filiación religiosa, a cualquier persona que pregunte por usted por nombre. Por ejemplo, podemos informar a las visitas cuál es el número de su habitación. Asimismo, podemos divulgar los datos que figuran en el directorio, incluida la filiación religiosa, a cualquier miembro del clero.

**Personas que participan en la atención de su salud o en el pago de dicha atención.** Salvo que usted disponga lo contrario, podremos divulgar la información personal sobre su salud a todo integrante de su familia u otro ser querido que participe en la atención de su salud, incluidos los miembros del clero.

**Con posterioridad a su fallecimiento.** Luego de su fallecimiento, podemos divulgar la información personal sobre su salud a todo integrante de su familia o pariente, amigo u otra persona previamente identificada por usted que haya participado en su atención o en el pago de dicha atención antes del fallecimiento, en la medida en que tal divulgación sea pertinente en virtud de la participación de esa persona en la atención o el pago de dicha atención, salvo que hacerlo resulte contrario a las preferencias expresadas por usted con anterioridad y conocidas por nosotros.

**Ayuda en caso de desastres.** Podemos divulgar la información personal sobre su salud a las organizaciones que presten ayuda en situaciones de desastre.

**Según la ley lo exija.** Cuando la ley así lo requiera, divulgaremos información personal sobre su salud.

**Actividades de salud pública.** Estamos autorizados a divulgar información personal sobre su salud para actividades de salud pública, entre las cuales pueden encontrarse las siguientes:

- Denuncias a las autoridades de salud pública u otros organismos de gobierno con el fin de evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad, así como denuncias sobre abuso o abandono de menores;
- Denuncias ante la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA) sobre problemas o efectos adversos de determinados productos, con el fin de rastrear dichos productos en ciertas circunstancias, de posibilitar que dichos productos se retiren del mercado o de cumplir con los requisitos de esa Administración;
- Notificaciones a personas que hayan podido estar expuestas a enfermedades contagiosas o que, por otros motivos, corran peligro de contraer o propagar enfermedades o afecciones; y
- Actividades relacionadas con ciertas enfermedades o lesiones de origen laboral.

Denuncia de casos de abuso, abandono de persona o violencia doméstica. Si consideramos que usted ha sido víctima de abuso, abandono de persona o violencia doméstica, podemos usar o divulgar información personal sobre su salud para realizar la correspondiente denuncia ante las autoridades públicas, en caso de que la ley lo exija o lo permita, o de que usted nos brinde su consentimiento.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información personal sobre su salud a los organismos gubernamentales de supervisión de la salud para las actividades de supervisión autorizadas por la ley, como por ejemplo, las auditorías, investigaciones, inspecciones y certificaciones, así como otros procedimientos legales. Dichas actividades son necesarias para recibir pagos del gobierno o para cumplir con las normas de regulación y con las leyes sobre derechos civiles.

Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos divulgar información personal sobre su salud para responder a una orden judicial o administrativa. Asimismo, podemos dar a conocer dicha información en caso de citación judicial, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal, siempre que recibamos garantías satisfactorias por parte de quien solicita la información o que hayamos realizado acciones razonables para comunicarle a usted la solicitud o para obtener una orden que proteja dicha información.

Fuerzas de seguridad y orden público. Podemos divulgar información personal sobre su salud para ciertos fines relacionados con el orden público, como por ejemplo:

- El cumplimiento de nuestras obligaciones legales de denunciar;
- El cumplimiento de órdenes judiciales, órdenes de allanamiento, citaciones por parte de jurados de acusación, emplazamientos o citaciones de índole administrativa, peticiones civiles de investigación u otros procesos legales semejantes;
- La identificación y localización de personas sospechosas o fugitivas, de testigos materiales o de personas desaparecidas;
- La divulgación de información solicitada sobre víctimas de delitos, siempre que la persona brinde su consentimiento o bajo ciertas circunstancias limitadas;
- La denuncia de una muerte sospechosa;
- La denuncia de conductas delictivas dentro de nuestras instalaciones;
- La divulgación de información en condiciones de emergencia sobre un delito; o

- La identificación o el arresto de una persona en relación con un delito violento o con una fuga.

Investigación. Podemos permitir el uso y la divulgación de información personal sobre la salud de nuestros pacientes y residentes para fines de investigación, siempre que la entidad que realice la investigación se ajuste a ciertas protecciones de la privacidad. La información personal sobre su salud puede utilizarse para fines de investigación únicamente si todos los aspectos de la investigación relacionados con la privacidad han sido revisados y aprobados, ya sea por una Junta Especial de Privacidad (compuesta por determinados integrantes de la Junta Directiva y otras personas según corresponda), o bien por una Junta Examinadora Institucional, si la entidad que realiza la investigación está reuniendo información para elaborar una propuesta, si la investigación se produce luego de su fallecimiento, o si usted autoriza tal uso o divulgación.

Forenses, médicos legistas, directores de funerarias, organizaciones de donación de órganos. Podemos dar a conocer información personal sobre su salud a forenses, médicos legistas, directores de funerarias o, si usted es donante de órganos, a las organizaciones de donación de órganos y tejidos.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar o divulgar información personal sobre su salud cuando esto resulte necesario para evitar una amenaza grave a la salud y a la seguridad, ya sea de su persona, del público en general o de otra persona, pero dicha información solo se divulgará a quienes estén en condiciones de prevenir la amenaza.

Fuerzas militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos usar y divulgar información personal sobre su salud según lo requieran las autoridades militares. Asimismo, podemos usar y divulgar información personal sobre la salud del personal militar extranjero conforme lo requieran las correspondientes autoridades militares de su país.

Compensación a trabajadores. Podemos usar o divulgar información personal sobre su salud para el cumplimiento de las leyes sobre compensación a los trabajadores o programas similares.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia; servicios de protección del Presidente y otros. Podemos divulgar información personal sobre la salud de pacientes y residentes a todos los funcionarios federales autorizados que se encuentren realizando actividades de seguridad nacional e inteligencia. También divulgaremos dicha información conforme resulte necesario para ofrecer protección al Presidente de los Estados Unidos, a los mandatarios de otros países y a ciertas otras personas, o para efectuar determinadas investigaciones especiales.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar ciertos datos personales sobre su salud para comunicarnos con usted o su representante designado con el fin de recaudar fondos para nuestra institución y sus actividades. Podemos divulgar información personal sobre la salud de pacientes y residentes a las fundaciones relacionadas con nuestra institución o a las organizaciones profesionales dedicadas a la recaudación de fondos con el objeto de que dichas fundaciones u organizaciones se comuniquen con usted para recaudar fondos destinados a nuestra institución. En ese caso, únicamente daremos a conocer los siguientes datos: datos demográficos; como su nombre, dirección, información de contacto, edad, género y fecha de nacimiento; las fechas en las que usted recibió tratamiento o servicios en nuestras instalaciones; información recabada por el departamento de servicios, e información sobre los resultados. Todo material impreso para la recaudación de fondos, enviado por nosotros o en nombre de nuestra institución por una organización profesional o fundación conexas, contendrá una notificación clara y visible que indicará cómo proceder si usted no desea recibir más comunicaciones de ese tipo. Nuestra institución no condicionará el tratamiento ofrecido a usted según su elección en cuanto a la recepción de dichas comunicaciones.

Recordatorio de turnos y citas. Podemos usar o divulgar información personal sobre su salud para recordatorios de turnos y citas.

Tratamientos sustitutos. Podemos usar o divulgar información personal sobre su salud para informarle acerca de tratamientos sustitutos que puedan interesarle.

Servicios y beneficios relacionados con la salud. Podemos usar o divulgar información personal sobre su salud para informarle acerca de los servicios y beneficios relacionados con la salud que puedan interesarle.

**III. CON EXCEPCIÓN DE LOS CASOS DE USO Y DIVULGACIÓN PARA FINES DE TRATAMIENTO, PAGO O TRÁMITES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD Y PARA FINES REQUERIDOS O AUTORIZADOS POR LA LEY, SEGÚN SE LOS DESCRIBE EN EL PRESENTE AVISO, ÚNICAMENTE ESTAMOS AUTORIZADOS A USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE SU SALUD SI CONTAMOS CON UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO FIRMADA POR USTED.**

Nuestra institución deberá contar con una autorización por escrito firmada por usted si desea usar o divulgar: (a) los apuntes tomados en el marco de la psicoterapia (salvo para realizar las siguientes operaciones limitadas de tratamiento, pago y atención a la salud: uso por parte de la persona que haya tomado los apuntes; uso por parte de la institución para fines de capacitación en materia de salud mental o para defenderse en juicio u otros procedimientos iniciados por usted o por su representante designado en nombre de usted); (b) la información sobre su salud para fines de marketing (con la excepción de lo detallado a continuación); y (c) la información protegida sobre su salud en operaciones de venta (véase lo detallado a continuación).

**Cuando así lo desee, usted podrá revocar por escrito la autorización de usar o divulgar información personal sobre su salud.** Si usted revoca su autorización, dejaremos de usar y divulgar dicha información para los fines permitidos en ella, salvo en los casos de utilización o divulgación realizada previamente en virtud de la autorización.

**IV. SUS DERECHOS en relación con LA INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE SU SALUD**

Usted tiene los siguientes derechos en cuanto a la información personal sobre su salud que guardamos en nuestra institución:

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de los datos sobre su salud que usamos o divulgamos para fines de tratamiento, pago o trámites y operaciones de atención de la salud. Asimismo, tiene derecho a solicitar que se limite la información sobre su salud que divulgamos a otras personas, como un pariente o ser querido que participe en el cuidado de su salud o en el pago de su atención médica o que deba ser notificado al respecto. Por ejemplo, usted puede solicitar que no utilicemos o divulguemos información relacionada con un tratamiento en particular que le hayamos brindado.

**Nuestra institución no está obligada a cumplir con la solicitud de restricción, salvo en el siguiente caso: cuando la restricción versara sobre la divulgación de datos a un plan de salud para fines de pago o trámites relacionados con la atención de la salud y, sin que mediara obligación legal, dichos datos personales sobre su salud correspondieran únicamente a un producto o servicio por el cual ya hubiéramos recibido el pago completo, haya sido efectuado este pago por usted o por un tercero en nombre de usted, con la excepción del plan de salud. Si aceptamos la restricción solicitada, cumpliremos con ella, salvo en los siguientes casos: (i) si la divulgación de información sobre su salud es necesaria para brindarle tratamiento de emergencia y, cuando dicho tratamiento sea proporcionado por un proveedor de servicios de**

**salud ajeno a nuestra institución, solicitaremos que dicho proveedor no use ni divulgue información más allá de la emergencia en cuestión; o (ii) si la divulgación de información es requerida o autorizada por la ley.**

Si usted solicita una restricción, necesitaremos saber lo siguiente: (a) qué información desea restringir; (b) si usted desea que la restricción se aplique al uso, a la divulgación, o a ambos; y (c) si la restricción se aplicará a todos los casos de divulgación o se limitará a algunos casos (por ejemplo, la divulgación a determinado integrante de su familia).

En algunos casos, podemos dar por concluido el presente acuerdo en cuanto a las restricciones sobre el uso y la divulgación de información médica protegida. Dicho acuerdo se dará por concluido en los siguientes casos: (a) si usted solicita por escrito la rescisión del acuerdo o brinda su consentimiento para rescindirlo de igual manera; (b) si usted brinda su consentimiento para rescindirlo de manera oral y dicho acuerdo oral queda documentado; o (c) si nosotros le notificamos que daremos por concluido el acuerdo, salvo en los casos en que las restricciones recaigan sobre la divulgación de información personal a un plan de salud, como se detalla arriba. Toda vez que demos por concluido el acuerdo según lo dispuesto en el punto (c), la rescisión solo será válida con respecto a información médica protegida que se haya recabado o recibido después de la notificación correspondiente.

Derecho de acceso a información personal sobre la salud. Usted tiene derecho a revisar la información sobre su salud que nuestra institución guarda en un archivo designado con su nombre y/o a obtener una copia de dicho archivo. Por lo general, éste contiene una historia clínica y documentación relacionada con el pago de los servicios, pero no contiene apuntes obtenidos de sesiones de psicoterapia, ni datos recabados en virtud de una acción administrativa, penal o civil, ya sea para su uso previsto o efectivo, ni información prohibida por la ley en virtud de las Modificaciones de la Ley de Mejora de Laboratorios Clínicos (*Clinical Laboratories Improvement Amendments*) de 1988. Nosotros le brindaremos acceso a información personal sobre su salud bajo la forma y en el formato en que usted lo solicite, siempre y cuando tal información pueda brindarse prontamente en dicha forma o formato. De no ser así, le proporcionaremos la información en una copia impresa y legible, o en el formato en que acordemos con usted (véase a continuación lo dispuesto con respecto a los archivos electrónicos que conserva nuestra institución).

**En los casos en que conservemos información personal sobre su salud en formato electrónico y usted solicite una copia electrónica de la misma, le brindaremos acceso a dicha información bajo la forma y en el formato en que usted lo solicite, siempre y cuando tal información pueda brindarse prontamente en dicha forma o formato. De no ser así, le proporcionaremos la información de manera legible en otro formato electrónico en que acordemos con usted.**

**Si en la solicitud de acceso a información usted nos indica que transmitamos directamente una copia, electrónica o de otra naturaleza, a otra persona designada por usted, brindaremos tal copia a dicha persona. Toda solicitud de transmisión de información sobre su salud a otras personas debe presentarse por escrito, debe estar firmada por usted o su representante personal y debe contener una identificación clara de la persona designada.**

En ciertas circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de revisar y copiar información sobre su salud. Si a usted se le niega el acceso a dicha información, salvo en las circunstancias en que la negativa sea irrevocable, podrá solicitar una revisión de la negativa. En tal caso, otro profesional de la salud autorizado y seleccionado por nuestra institución revisará la solicitud y la correspondiente negativa. La persona que realice la revisión nunca será la misma que haya rechazado la solicitud inicial. Nuestra institución se compromete a cumplir con el dictamen resultante de tal revisión.

Si usted solicita una copia de su información, podemos cobrarle los costos de copiado y envío, en los casos en que corresponda, y de todos los insumos asociados con tal solicitud.

Derecho a solicitar modificaciones. Usted tiene derecho a solicitar a nuestra institución que modifique información personal sobre su salud que ésta conserve en sus archivos durante el plazo en que la institución conserve dicha información por sí misma o por medio de terceros. La solicitud de modificación de los datos personales sobre su salud debe presentarse por escrito y debe consignar los motivos de tal solicitud. Si usted lo requiere, Isabella le proporcionará el formulario que se utiliza para estos fines.

Podemos rechazar la solicitud de modificación en los siguientes casos:

- Si la información no fue elaborada por nuestra institución, salvo cuando la persona que haya dado origen a esa información ya no se encuentre disponible para responder a nuestro pedido;
- Si la información no forma parte de los datos personales sobre su salud que nuestra institución conserva por sí misma o por medio de terceros;
- Si la información no forma parte de aquella a la que usted tiene derecho de acceso; o
- Si la información es correcta y completa, según lo determine la institución.

Si rechazamos su solicitud de modificación, le proporcionaremos un documento por escrito donde consten los motivos del rechazo y el derecho a presentar una declaración escrita para manifestar su desacuerdo.

Derecho a obtener una lista de los casos de divulgación. Usted tiene derecho a solicitar una lista que detalle los casos de divulgación de información personal sobre su salud por parte de nuestra institución. Dicha lista contendrá el detalle de ciertas instancias de divulgación por parte de nuestra institución o de terceros en nombre de nuestra institución, pero no incluirá las instancias de divulgación para fines de tratamiento, pago y trámites u operaciones relacionados con la atención de la salud, así como tampoco contendrá el detalle de otras instancias exceptuadas.

Si usted lo solicita, Isabella le proporcionará el formulario de solicitud de esa lista. En la solicitud figurará el período sobre el que usted desea informarse, que no podrá ser superior a seis años ni comenzar antes del 13 de abril de 2003. En la lista constarán, si así lo solicita, la fecha de divulgación, el nombre de la persona o entidad que recibió la información, así como su domicilio, si es conocido; una breve descripción de la información divulgada; una breve descripción de los motivos para divulgarla o una copia de la autorización o solicitud; o cierta información resumida con respecto a instancias múltiples y semejantes de divulgación. La primera lista proporcionada en un período de 12 meses no tendrá costo alguno, pero podremos cobrarle los costos de las solicitudes posteriores.

Derecho a recibir una copia impresa en papel del presente aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa en papel del presente aviso, incluso si ha aceptado recibirlo en formato electrónico, y podrá solicitarla en cualquier momento. **Podrá obtener una copia del presente aviso en nuestro sitio web, [www.isabella.org](http://www.isabella.org).**

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nuestra comunicación con usted en materia de asuntos relacionados con su salud personal se efectúe de alguna manera determinada o en cierto lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que llamemos únicamente a determinado número de teléfono. Siempre que su solicitud sea razonable, la realizaremos.

**Márketing.** Se entiende por márketing a toda comunicación sobre un producto o servicio que tenga como fin convencer al receptor de que compre o utilice el producto o servicio en cuestión. Salvo que recibamos una remuneración económica directa o indirecta por realizar alguna de las

comunicaciones que figuran a continuación, éstas no quedarán incluidas en el concepto de márketing:

- (i) Comunicaciones realizadas a los fines del tratamiento, incluso las efectuadas en el marco del manejo y la coordinación de casos, o a los fines de indicar o recomendar otras alternativas de tratamiento, terapia, proveedores de servicios de salud o instalaciones dedicadas a la salud;
- (ii) Comunicaciones realizadas para describir un producto o servicio de salud proporcionado por nuestra institución o el pago de dicho producto o servicio; o Comunicaciones realizadas a los fines de manejar y coordinar casos, transmitirle a usted o a su representante designado las alternativas de tratamiento y otras funciones relacionadas, en la medida en que tales comunicaciones no se consideren como parte del tratamiento.

En caso de que nuestra institución quiera usar o divulgar la información personal sobre su salud para realizar una comunicación de márketing (incluidas las comunicaciones mencionadas en los puntos (i), (ii) y (iii) cuando media una remuneración económica directa o indirecta), deberá obtener su consentimiento por escrito, salvo cuando la comunicación se dé bajo alguna de las siguientes formas:

Una comunicación cara a cara entre nosotros y usted o su representante personal;  
o  
Un regalo promocional de valor nominal suministrado por nosotros:

**Venta de información sobre la salud:** Salvo que contemos con autorización escrita firmada por usted, no podremos vender información personal sobre su salud. Los siguientes casos de divulgación, entre otros, no se considerarán como venta:

Divulgación para fines autorizados de salud pública;  
Divulgación para fines autorizados de investigación;  
Divulgación para fines autorizados de pago y tratamiento;  
Divulgación para fines autorizados de auditoría o *due diligence*, como en los casos de venta, transferencia, fusión o consolidación total o parcial de nuestra institución;  
Divulgación al titular de la información; o  
Divulgación exigida por la ley.

## **V. NOTIFICACIÓN DE ACCESO NO AUTORIZADO**

En caso de descubrir por nuestra cuenta que se ha producido el acceso no autorizado a información personal sobre su salud o de ser informados al respecto por alguno de nuestros socios comerciales, le brindaremos notificación dentro de un plazo razonable, que nunca excederá los 60 (sesenta) días luego de que se haya descubierto la infracción, salvo que las autoridades policiales nos informen que dicha notificación obstaculizaría una investigación penal o causaría un perjuicio a la seguridad nacional. Si la ley no exige lo contrario, enviaremos la notificación correspondiente por correo ordinario a su último domicilio declarado, o por correo electrónico en caso de que usted nos haya informado previamente por escrito que prefiere ese método de notificación. Esta disposición no se aplicará a los casos de acceso no autorizado a información personal sobre la salud que se encuentre en formato seguro.

## **VI. QUEJAS**

Si usted considera que su derecho a la privacidad ha sido violado, puede presentar una queja por escrito en nuestra institución o en la Secretaría de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services). Para presentar una queja ante nuestra institución, comuníquese con el Responsable de Cumplimiento Corporativo.



\_\_\_\_\_ garantiza que no se tomarán represalias contra las personas que presenten quejas.

## **VII. MODIFICACIONES AL AVISO**

Nuestra institución se reserva el derecho a cambiar el presente aviso y a poner en vigencia las disposiciones nuevas o modificadas para toda información personal sobre la salud que hayamos recibido y conservemos, así como también para toda información personal sobre la salud que recibamos en el futuro. El aviso vigente será exhibido en un lugar visible dentro de nuestras instalaciones y será publicado en nuestro sitio Web. Asimismo, el aviso nuevo o modificado quedará a disposición de los pacientes, residentes y otras personas toda vez que lo soliciten a partir de la fecha de entrada en vigencia.

## **VIII. MODIFICACIONES AL AVISO**

Si usted tiene alguna pregunta o duda respecto al presente aviso, o desea más información sobre sus derechos de privacidad, puede comunicarse con el Responsable de Cumplimiento Corporativo al \_\_\_\_\_.

**CONSTANCIA DE RECEPCIÓN  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del residente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He recibido una copia del Aviso de Privacidad. Si tengo alguna pregunta acerca del mismo o de algún otro tema relacionado con Información Médica Protegida y con el modo en que \_\_\_\_\_ protege dicha información, la haré llegar a los representantes de la institución.

---

Residente o Representante Designado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

En caso de firmar el representante designado, indique por escrito el nombre y su relación con el residente o paciente.

---

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el residente o paciente \_\_\_\_\_