

## USOS Y DIVULGACIONES

### ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Podemos compartir su información médica, o se nos pide hacerlo, de otras maneras, por lo general para contribuir con el bien público, como por ejemplo con la investigación y la salud públicas. Antes de poder compartir su información con estos fines, debemos cumplir con muchas condiciones estipuladas por ley. Para obtener más información, visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Colaborar con la salud pública y las cuestiones relacionadas con la seguridad

Podemos compartir su información médica para hacer lo siguiente:

- prevenir enfermedades;
- ayudar a retirar productos del mercado;
- informar acerca de reacciones adversas a los medicamentos;
- informar acerca de sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica;
- prevenir o disminuir las amenazas serias contra la salud o la seguridad de una persona.

### Investigar

- Podemos usar o compartir su información para hacer investigaciones en materia de salud.

### Cumplir con la ley

- Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen y si el Departamento de Salud y Servicios Sociales desea comprobar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### Responder solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de donación de órganos.

### Trabajar con un examinador médico o un director funerario

- Podemos compartir información médica con un médico forense, un examinador médico o un director funerario cuando una persona fallece.

### Abordar cuestiones sobre indemnización por accidente laboral, sobre el cumplimiento de la ley y sobre otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica en los siguientes casos:

- para los reclamos de indemnización por accidente laboral;
- para cuestiones relacionadas con el cumplimiento de la ley o con un miembro de las fuerzas de seguridad;
- con agencias de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por ley;
- para las funciones gubernamentales especiales, como pueden ser las fuerzas armadas, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

### Dar respuesta a requerimientos en litigios y a acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una resolución judicial o administrativa o a una citación judicial.
- No tenemos ni gestionamos ningún directorio de hospital.
- Además de las normas federales relacionadas con la privacidad de la atención médica, cumplimos con la legislación del Estado de Nueva York. Por ejemplo, le solicitaremos un consentimiento apropiado por escrito antes de compartir información sobre los datos genéticos, la situación con el VIH, el tratamiento para el abuso de sustancias y determinada información sobre la salud mental con fines que no sean tratarlo o recibir pagos por los servicios que le prestamos.
- Solicite a su médico que le proporcione información sobre cómo inscribirse en nuestro portal de pacientes.

## NUESTRA RESPONSABILIDAD

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Si hay algún incumplimiento que pueda poner en riesgo la privacidad o la seguridad de su información, se lo informaremos de inmediato.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna manera que no se haya mencionado aquí, a menos que nos dé permiso por escrito. Si nos da permiso, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

## CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

### Este aviso abarca lo siguiente:

- las prácticas del cuerpo médico de Columbia University Medical Center, conocido como ColumbiaDoctors;
- la atención médica, los médicos, los odontólogos y los profesionales relacionados con la salud que ejerzan en los espacios que sean propiedad de Columbia University o rentados por esta, así como también el personal de asistencia clínica que los acompaña.

Si recibe tratamiento en otra institución, como el NewYork-Presbyterian Hospital, será aplicable el aviso de prácticas de privacidad que reciba en dicha institución.

Oficina de Cumplimiento de HIPAA  
(Office of HIPAA Compliance).  
630 West 168th Street, Box 159  
Nueva York, NY 10032  
Tel. 212-305-7315 Fax. 212-342-5173  
Correo electrónico: [HIPAA@cumc.columbia.edu](mailto:HIPAA@cumc.columbia.edu)  
<http://www.cumc.columbia.edu/hipaa/>  
Fecha de entrada en vigencia: 1 de octubre de 2015

[columbiadoctors.org](http://columbiadoctors.org)



# Aviso de prácticas de privacidad

SU INFORMACIÓN

SUS DERECHOS

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo puede obtener acceso a dicha información.

**Léalo con atención.**

 **ColumbiaDoctors**

## SUS DERECHOS

### Quando se trata de su información médica, usted tiene determinados derechos.

En esta sección, se explica cuáles son sus derechos y cuáles son algunas de nuestras responsabilidades a la hora de ayudarlo.

#### Obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica

- Puede solicitar, ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y de otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo puede hacer esto.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, por lo general, dentro de los diez días de efectuada la solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en los costos.

#### Solicitar que corriamos su historia clínica

- Puede solicitar que corriamos su información médica si cree que esta es errónea o está incompleta. Pregúntenos cómo puede hacer esto.
- Es posible que nuestra respuesta sea negativa, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada manera (por ejemplo, llamando al teléfono de su casa o al de su oficina) o que enviemos los correos a un domicilio diferente.
- Nuestra respuesta a todas las solicitudes razonables será afirmativa.

#### Solicitar que limitemos la información que usamos o compartimos

- Puede solicitar que no usemos ni compartamos determinada información médica para tratamientos, pagos o sobre operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y es posible que nuestra respuesta sea negativa si su atención se viera afectada.
- Si asume, por completo, los gastos de un servicio o un artículo de atención médica, puede solicitar que no compartamos dicha información con el fin de recibir pagos y realizar operaciones con su asegurador de salud.
- Nuestra respuesta será afirmativa, a menos que la ley nos exija que compartamos dicha información.

#### Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (justificación) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de la solicitud, los nombres de las personas con quienes la hemos compartido y el motivo por el cual lo hemos hecho.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con la atención médica. También incluiremos otras divulgaciones determinadas, como todas aquellas que usted solicite. Le entregaremos una justificación por año de manera gratuita y, si solicita otra justificación dentro de los próximos 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos.

#### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aun si ha acordado recibir el aviso de manera electrónica. Le enviaremos una copia en papel de inmediato.

#### Elegir a alguien para que actúe por usted

- Si ha concedido a alguien un poder legal médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones relacionadas con su información médica.
- Antes de adoptar alguna medida, nos aseguraremos de que esa persona tenga dicha autoridad y pueda actuar por usted.

#### Presentar una queja si siente que no se han respetado sus derechos

- Puede presentar una queja si siente que no hemos respetado sus derechos. Para hacerlo, comuníquese con nosotros según la información que figura en la contraportada.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja.

## SUS ELECCIONES

### Con respecto a ciertos tipos de información médica, puede decirnos qué información podemos compartir.

Si prefiere que compartamos su información de determinada manera en las situaciones que se describen a continuación, avísenos. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

#### En los siguientes casos, usted tiene el derecho y la opción de solicitar lo siguiente:

- que compartamos información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica;
- que compartamos información en situaciones de emergencia (catástrofes).

#### En los siguientes casos, no compartimos su información, a menos que nos dé permiso por escrito:

- fines publicitarios;
- venta de su información;
- la mayoría de las notas de psicoterapia.

#### En los casos de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted durante las campañas de recaudación de fondos, pero puede solicitar que no lo volvamos a hacer.
- Si no desea recibir mensajes sobre la recaudación de fondos, comuníquese con la Oficina de Desarrollo del CUMC (CUMC Office of Development) llamando al 212-305-9795 o enviando un correo electrónico a [fundraising.opt.out@columbia.edu](mailto:fundraising.opt.out@columbia.edu).

#### Intercambio de información médica

- Participamos en el intercambio de información médica dirigido por Healthix, una organización sin fines de lucro que comparte información médica con otros proveedores de atención médica de manera electrónica. Este aviso es para informar a nuestros pacientes que, como parte de nuestra participación en Healthix, ColumbiaDoctors envía, de manera electrónica, a Healthix la información médica protegida de los pacientes. Para obtener más información, visite <http://healthix.org/patient-engagement/protecting-your-privacy>.
- Si desea negar su consentimiento para que Healthix no acceda a su información médica protegida, puede hacerlo desde el sitio web de Healthix, [www.healthix.org](http://www.healthix.org), o puede comunicarse con Healthix al 877-695-4749.

## USOS Y DIVULGACIONES

### ¿De qué manera solemos usar o compartir su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica con los siguientes fines.

#### Tratarlo

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.  
**Por ejemplo:** Un médico que lo está atendiendo por una lesión consulta a otro médico sobre su estado general de salud.

#### Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información médica para ejercer nuestra práctica, mejorar su atención médica y comunicarnos con usted cuando sea necesario.  
**Por ejemplo:** Usaremos su información médica para administrar su tratamiento y los servicios.

#### Facturar los servicios

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar a los proveedores de planes de salud y otras entidades.  
**Por ejemplo:** Le daremos su información a su proveedor de plan de seguro de salud para que este pague los servicios.

Continúa en la siguiente página