

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada. También describe cómo usted puede tener acceso a esta información. Favor de revisarlo cuidadosamente.

Para poder ofrecerle a usted cuidados de salud, Sun River Health debe acumular, crear y mantener información de su salud, la cual incluye cualquier información que lo identifique como individuo, que obtengamos de usted o de otras personas y que se relacione con su salud física o mental pasada, presente o futura, los cuidados de salud que haya recibido o el pago por sus cuidados de salud. Sun River Health es un acuerdo entre organizaciones de cuidados de salud, que consisten en las siguientes entidades y que participan en un arreglo conjunto y en actividades conjuntas: Sun River Health (la organización matriz), Brightpoint Care y Community Health Action de Staten Island que están obligadas por ley a mantener la privacidad de su información. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo Sun River Health usa y divulga su información de salud y le explica ciertos derechos que tiene en relación con esta información. Sun River está obligado por ley a proporcionarle este Aviso y vamos a cumplir con sus términos según lo estipulado.

### Cómo Usa y Divulga su Información de Salud Sun River Health

Sun River Health protege su información de salud de usos y divulgaciones inapropiadas. Sun River Health va a usar y a divulgar su información de salud solo con los siguientes propósitos:

1. Usos y Divulgaciones para el Tratamiento, Pago y Operaciones Relacionadas con los Cuidados de Salud. Sun River Health puede usar y divulgar su información de salud protegida para proporcionarle cuidados médicos o tratamiento, obtener pago por los servicios proporcionados a usted y para conducir nuestras operaciones de cuidados de salud según se detalla a continuación.
  - (a) Tratamiento y Administración de Cuidados Médicos: Podemos usar y divulgar su información de salud para facilitar que Sun River Health le proporcione tratamiento o para coordinar y administrar sus cuidados médicos con otros proveedores de salud.
  - (b) Pago: Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted con el propósito de obtener pago por nuestros servicios y para ayudarle a otros proveedores del cuidado de la salud con las actividades de pago. Nuestras actividades de pago incluyen, a modo enunciativo y no limitativo, determinar si se cumple con los requisitos para los beneficios y obtener pago de las aseguradoras que puedan ser responsables de proporcionarle cobertura a usted, incluyendo las entidades Federales y Estatales.
  - (c) Operaciones Relacionadas con Cuidados de Salud. Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para apoyar las funciones de Sun River Health, en relación con el tratamiento y pago, el cual incluye, a modo enunciativo y no limitativo, administración de cuidados médicos, actividades para la mejora de la calidad, la evaluación de nuestro desempeño y la resolución de cualquier queja o reclamo que pueda surgir. También podemos usar y divulgar su información de salud para ayudarle a otros proveedores con la realización de las operaciones de cuidados de la salud.
2. Usos y Divulgaciones sin su Consentimiento o Autorización. Sun River Health puede usar y divulgar su información de salud sin una autorización específica por escrito bajo los siguientes propósitos:
  - (a) Según lo requerido por la ley: Podemos usar y divulgar su información de salud según lo requieran las leyes estatales, federales y locales.
  - (b) Para actividades de salud pública: Podemos divulgar su información de salud a las autoridades públicas u otras agencias y organizaciones que realicen actividades de salud pública, tales como para la prevención o control de enfermedades, heridas o discapacidad o reporte de nacimientos, muertes, abuso o abandono infantil, violencia doméstica, problemas posibles con los productos regulados por la Food and Drug Administration (Agencia de Alimentos y Medicamentos) o enfermedades contagiosas.
  - (c) Sobre víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica: Podemos divulgar su información de salud a la agencia gubernamental apropiada, si creemos que usted es una víctima de abuso, abandono o de violencia doméstica y si usted está de acuerdo en divulgar o si la divulgación es requerida o permitida por la ley. Vamos a avisarle si vamos a divulgar su información de salud con este fin, al menos que creamos que, al hacerle saber a usted o a la persona que le proporciona los cuidados, vamos a ponerlo en riesgo de un daño serio.
  - (d) Para las agencias de supervisión de la salud: Podemos divulgar su información de salud a las agencias de supervisión de la salud federales o estatales que supervisan las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones y encuestas autorizadas.

- (e) Para procesos judiciales y administrativos. Podemos divulgar su información de salud en el curso de cualquier proceso judicial o administrativo en respuesta a una orden apropiada de un tribunal u órgano administrativo.
  - (f) Con fines de orden público: Podemos divulgar su información de salud a una agencia del orden público para cumplir con una orden o mandato judicial, citatorio o un proceso similar, para ayudar a identificar o localizar a un sospechoso o a una persona perdida, para proporcionar información sobre una víctima de un crimen, reportar una muerte que haya sido el resultado de una actividad criminal o conducta criminal en nuestras instalaciones o, en casos de emergencia, para reportar un crimen, el lugar del crimen o de las víctimas, o para identificar, dar el lugar o descripción de la persona que cometió un crimen.
  - (g) Sobre el fallecimiento de individuos: Podemos divulgar su información de salud al médico forense o al director de la funeraria, según sea necesario y esté autorizado por la ley.
  - (h) Para la donación de órganos o tejidos: Podemos divulgar su información de salud para las organizaciones encargadas de procurar órganos y entidades similares.
  - (i) Con motivos de investigación: Podemos usar o divulgar su información de salud con el fin de hacer investigaciones. Vamos a usar o divulgar su información de salud con el fin de hacer investigación solamente con la aprobación de nuestro Consejo de Revisión Institucional, (Institutional Review Board), el cual debe de seguir un proceso de aprobación especial. De requerirse, vamos a obtener una autorización escrita por usted antes de permitir cualquier uso de su información de salud con el fin de hacer investigación.
  - (j) Por salud o seguridad. Podemos usar o divulgar su información de salud para prevenir o aminorar una amenaza a su salud o a su seguridad o a la del público en general. También podemos divulgar su información al público o a las organizaciones privadas de ayuda en caso de desastres, tales como la Cruz Roja u otras organizaciones que participen en medidas para contrarrestar el bioterrorismo.
  - (k) Para las funciones especializadas del gobierno: Podemos usar o divulgar su información de salud para ofrecerle ayuda en cierto tipo de actividades al gobierno. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o de otro país extranjero, podemos divulgar su información de salud a las autoridades militares apropiadas, según se juzgue necesario. También podemos divulgar su información de salud a oficiales federales para actividades legales de inteligencia o seguridad nacional.
  - (l) Para un Reclamo de Compensación para Trabajadores: Podemos usar o divulgar su información de salud según lo permitan las leyes que rigen el programa de compensación al trabajador por riesgos de trabajo u otros programas similares que ofrezcan beneficios en caso de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo.
  - (m) A las Personas Involucradas en sus Cuidados. Podemos usar o divulgar su información de salud a un familiar, otro pariente o amigo personal cercano, que le ayude a recibir los servicios de cuidados de salud. Si usted está disponible, le vamos a dar una oportunidad para rehusarse a esta divulgación y no vamos a divulgar la información si usted no quiere. Si no está disponible, vamos a determinar si una divulgación a su familia o amigos es lo mejor para usted, tomando en consideración las circunstancias y basándonos en nuestro juicio profesional.
  - (n) Recordatorios de Citas, Información y Servicios. Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o proporcionarle información sobre tratamientos alternativos u otros servicios relacionados con la salud que le pudieran interesar.
  - (o) Para recaudar fondos. Como organización de salud sin fines de lucro, podemos identificarlo como paciente con el propósito de recabar fondos y mercadeo. Usted tiene el derecho de pedir no volver a recibir estas comunicaciones para recaudar fondos. Si usted no quiere recibir estas comunicaciones, avísele al Oficial de Privacidad mencionado hasta abajo de este Aviso de Prácticas de Privacidad y no volveremos a enviarle ninguna comunicación para la recaudación de fondos.
  - (p) Usos y Divulgaciones Incidentales. A veces ocurren usos y divulgaciones incidentales de su información de salud y no se considera una violación a sus derechos. Los usos y divulgaciones incidentales son consecuencia de otros usos y divulgaciones permitidos, los cuales son limitados en su naturaleza y no se pueden prevenir razonablemente.
  - (q) Prueba de Inmunizaciones. Vamos a divulgar su prueba de inmunizaciones a la escuela que así lo requiera para poder admitir al estudiante cuando usted haya accedido a la divulgación a su nombre o a nombre de su dependiente.
3. Tratamiento Especial de Ciertos Documentos. La información relacionada con el VIH, información genética, documentos de abuso del alcohol y/o sustancias, documentos de salud mental y otra información de salud especialmente protegida, puede recibir ciertas protecciones especiales de confidencialidad (que son más restrictivas que aquéllas mencionadas arriba) bajo la ley estatal y federal que rija. Cualquier divulgación de estos tipos de documentos, quedará sujeta a estas protecciones especiales.
4. Obtención de su Autorización para Otros Usos y Divulgaciones. Ciertos usos y divulgaciones de su información de salud se van a hacer solo con su autorización por escrito, incluyendo los usos y/o divulgaciones: (a) de notas de psicoterapia (cuando sea apropiado); (b) con propósitos de mercadeo y (c) si constituye una venta de información de salud bajo la Regla de Privacidad. Sun River Health no va a usar ni divulgar su información de salud sin un fin especificado en este Aviso de Prácticas de Privacidad, al menos que obtengamos una autorización expresa por escrito o la autorización de su representante legal. Si usted nos da

su autorización, usted puede revocarla en cualquier momento y en ese caso, no va a seguir usándose ni divulgándose su información de salud con este fin, exceptuando el grado en el que ya hayamos contado con su autorización para proporcionarle cuidados de salud.

### **Sus Derechos en Relación con su Información de Salud**

Usted tiene los siguientes derechos en relación con su información de salud:

1. **Derecho a Inspeccionar y a Copiar sus Documentos Médicos.** Usted tiene el derecho a inspeccionar o a pedir una copia de la información de salud que mantenemos sobre usted. Su petición debe describir la información que usted quiere revisar y el formato en el que usted quiere revisarla. Podemos rehusarnos a permitirle inspeccionar u obtener copias de esta información en ciertos casos limitados. Podemos cobrarle a usted una cuota de hasta \$.75 por página copiada o la cuota establecida por el Departamento de Salud. También podemos negarle la petición de acceder a su información de salud en ciertas circunstancias, si hay un riesgo posible de daño a usted mismo o a otros. Si le negamos el acceso que pide con este propósito, usted tiene el derecho de pedir una revisión de la negación de acuerdo con los requisitos de la ley vigente.
2. **Derecho a Hacer Enmiendas a su Documentación Médica.** Usted tiene el derecho a pedir que se hagan cambios a la información de salud que mantenemos sobre usted, si usted nos proporciona la razón por la que esta información es incorrecta o está incompleta. Sun River Health no tiene que acceder a hacerle los cambios que usted pide. Si no creemos que los cambios que usted pide sean apropiados, le vamos a notificar por escrito cómo puede incluirse su objeción en nuestro expediente.
3. **Derecho a una Cuenta de las Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de recibir una lista de ciertas divulgaciones sobre la información de salud que haya hecho Sun River Health. Esta lista no incluirá divulgaciones hechas con ciertos propósitos, a modo enunciativo, pero no limitativo, como divulgaciones por tratamiento, pago u operaciones relacionadas con cuidados de salud o divulgaciones autorizadas por escrito. Su petición deberá de especificar el periodo de tiempo por el que usted quiere la lista, el cual no puede ser más largo de seis años. La primera vez que usted pida una lista de divulgaciones durante cualquier periodo de 12 meses, se la vamos a proporcionar gratuitamente. Si usted pide listas adicionales durante un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una cuota nominal.
4. **Derecho a Pedir Restricciones.** Usted tiene el derecho a pedir que se restrinjan las formas en las que vamos a usar y divulgar su información de salud para tratamiento, pago y operaciones relacionadas con cuidados de salud o divulgar esta información a organizaciones que ayudan a las víctimas de un desastre o a individuos quienes están involucrados en su cuidado médico. Sun River Health no tiene que acceder a las restricciones que usted pide. Sin embargo, estamos requeridos a cumplir con su petición si se relaciona con la divulgación de su plan de salud en relación con los productos o servicios de cuidados de la salud que usted paga de su bolsa y en su totalidad.
5. **Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho a pedirnos que le enviemos su información de salud de diferente forma o a un lugar diferente. Su petición de formas alternas de comunicación debe de especificar también dónde y/o cómo debemos de comunicarnos con usted.
6. **Derecho a ser Notificado en el Evento de Haber una Filtración de Información.** Usted tiene el derecho que le notifiquemos, en el evento que su información médica haya sido “filtrada,” de forma insegura, lo que requiere una notificación bajo la Regla de Privacidad.
7. **Derecho a una Copia del Aviso en Papel.** Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Usted puede recibir una copia en papel de este Aviso, escribiéndole al Oficial de Privacidad de Sun River Health. Usted también puede imprimir una copia de este Aviso en nuestro sitio web [sunriver.org](http://sunriver.org)

Para hacer una petición según lo descrito anteriormente, favor de enviar una petición a: Sun River Health Privacy Officer, Todd Hapiuk, Teléfono: 914.293.1674 x78566 o Stephen Williams, Teléfono: 718.681.8700 x 4420

**Derecho a Poner Quejas.** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede poner una queja con Sun River Health escribiéndole al Oficial de Privacidad de Sun River Health, Todd Hapiuk. Usted también puede poner una queja con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). No se le va a penalizar ni Sun River Health va a tomar represalias en su contra por poner una queja.

**Cambios a este Aviso.** Sun River Health puede hacerle cambios a los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si cambiamos los términos de este Aviso, los nuevos términos regirán toda su información de salud, ya sea que haya sido creada o recibida por Sun River Health antes o después de la fecha en la que este Aviso cambió. Cualquier actualización a este Aviso vamos a publicarlo en [sunriver.org](http://sunriver.org).

**Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

“Por medio de la presente, reconozco haber recibido una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de Sun River Health. Entiendo que si tengo preguntas o quejas en relación con mis derechos de privacidad, que puedo comunicarme con la(s) persona(s) mencionadas aquí. Además, entiendo que el consultorio me va a ofrecer las actualizaciones a este AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD en caso de haber enmiendas, modificaciones o cualquier tipo de cambios.”

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Date

If signed by legal representative, relationship to patient \_\_\_\_\_

---

**For Office Use Only**

---

We have made a good faith effort in attempting to obtain written acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices. Acknowledgement could not be obtained for the following reason(s):

Patient refused to sign (date of refusal) \_\_\_\_\_

Patient was unable to sign (reason) \_\_\_\_\_

Attempt was made by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_