

Sus Derechos:

Usted tiene ciertos derechos respecto a su información de salud personal. Esta sección de nuestro aviso describe sus derechos y como ejercerlos.

Derecho de Inspeccionar y Copiar: Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud personal en su registro médico y de pagos, o en cualquier otro grupo de registros que nosotros mantenemos y usamos para tomar decisiones de cuidado de salud acerca de usted.

Para inspeccionar y copiar información de salud personal, usted debe someter un pedido por escrito a nuestro personal de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Si usted pide una copia de la información, nosotros podemos cobrar por las copias y por el costo de correo, y por cualquier otro costo asociado con su pedido.

Podemos negar su pedido para inspeccionar y copiar en ciertas limitadas circunstancias. Si su pedido es negado, usted puede pedir que sea revisado, nosotros asignaremos a un profesional licenciado de salud para revisar nuestra decisión de negar su pedido. La persona conduciendo esta revisión no será la misma persona que le negó su pedido. Nosotros cumpliremos con los resultados de esta revisión.

Derecho de Enmendar: Si usted cree que la información de salud que nosotros mantenemos acerca de usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que nosotros enmendemos la información. Usted tiene derecho a pedir una enmienda para la información que mantenemos de usted. Para pedir una enmienda, su pedido debe ser hecho por escrito, sometido a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso, y su contenido debe ser en papel escrito a mano o maquina y que sea legible. Además, usted debe proporcionar una razón que sostiene su pedido para una enmienda.

Podemos negar su pedido para una enmienda, si está no esta en escrito, o no incluye una razón para sostener el pedido. Además, nosotros podemos negar su pedido si usted nos pide que hagamos una enmienda de información que:

- no fue creada por nosotros, amemos que la persona o organización que creo la información ya no este disponible para hacer correcciones
- no es parte de la información de salud mantenida por la Corporación Hill Health
- no es parte de la información de salud la cual usted puede ser permitido a inspeccionar y copiar, o
- nosotros creemos que es segura y completa.

Cualquier enmienda que nosotros hacemos a su información de salud, esta será ofrecida a su profesional de salud que este implicado en su cuidado, y a otros para pagos o operaciones de cuidado de salud, como previamente descrito en este aviso.

El Derecho de Recibir una Contabilidad de la Revelación: Usted tiene derecho a recibir contabilidad de ciertas revelaciones de su información de salud que nosotros hagamos. Cualquier contabilidad no incluirá todo lo que nosotros revelamos. Por ejemplo, una contabilidad no incluirá revelaciones:

- conforme a su autorización escrita
- a miembros de familia, otros familiares, o amistades personales que impliquen en el pago de usted por su cuidado cuando usted nos de permiso
- a oficiales de sanción

Para pedir una contabilidad de revelaciones usted debe someter su pedido por escrito a nuestro personal de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Su pedido debe indicar un periodo de tiempo el cual no deber ser mas de seis (6) años y no deber incluir días antes del 15 de Abril del 2003. La primera lista que usted pida dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Listas adicionales, podemos cobrarle a usted por el costo de proveerle la lista. Nosotros le avisaremos del costo que implique y usted puede escoger si darse de baja o modificar su pedido en ese momento antes que ningún costo sea aplicado. Le enviaremos una lista de revelaciones en papel dentro de 30 días después de su pedido, o le notificaremos a usted si no podemos darle la lista en ese periodo de tiempo y en que día podemos darle la lista; este día no pasara mas de 60 días de la fecha del pedido.

Favor describa lo que pasó y darnos la fecha Derecho a Solicitar Restricciones: Usted tiene derecho a pedir restricciones o limitaciones en la información de salud que usemos o revelemos acerca de usted para tratamiento, pagos o operaciones de cuidado de salud. Usted también tiene derecho a pedir un limite en la información de salud que previamente fuimos autorizados, para revelar acerca de usted a alguien

que este implicado en su cuidado o pague por su cuidado, tales como miembros de familia o amistades. Por ejemplo, usted puede pedir que no revelemos información acerca de usted a ciertos médicos u otro profesional de cuidado de salud, o que no revelemos información a su esposo (a) acerca de ciertos cuidados que usted recibió. Nosotros no estamos requeridos a estar de acuerdo con su pedido para restricciones, si no es posible para nosotros conformar con su pedido o si creemos que impacta negativamente la habilidad del cuidado de usted. Si nosotros acordamos con usted, por lo tanto, nosotros cumpliremos con su pedido a menos que la información sea necesitada para proporcionar tratamiento de emergencia. Para pedir una restricción, usted deber hacer su pedido por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. En su pedido, usted nos debe decir qué información usted quiere que se limite y a quien usted quiere aplicar estos limites.

El Derecho de Recibir Comunicación Confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que le comuniquemos acerca de cuestiones de salud en cierta manera. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros solo le avisemos en su trabajo o por correo o dirección específica.

Para solicitar que nos comuniquemos con usted en cierta manera, usted debe hacer su pedido por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Nosotros no le preguntaremos la razón para su pedido. Su pedido debe especificar como o donde usted desea ser avisado. Acomodaremos todos los pedidos razonables.

Derechos de Notificación: Usted tiene el derecho de notificar a este Centro si su información de salud personal ha sido violada.

Derecho a tener acceso directo a sus resultados de laboratorio

Derecho a ser notificado en caso de exposición de información personal de salud no-protégida (PHI por sus siglas en inglés)

Derecho a rescindir de requisiciones para actividades de recaudación de fondos

Derecho a restringir información sobre cuidado pagado de su bolsillo: usted tiene el derecho a restringir información que sea enviada o la cual puede ser accedida por Medicare o su plan de salud si usted paga su factura, por completo, con su propio dinero. Esta regla no aplica a los pacientes de Medicaid.

El Derecho a una Copia en Papel de este Aviso: Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel en cualquier momento. Para recibir una copia, favor de pedirlo a la persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Usted puede también obtener una copia de este aviso en nuestra página de internet: www.hillhealthcenter.com.

Cambios a este Aviso: Reservamos el derecho de cambiar este aviso, y para hacer el cambio de aviso efectivo para toda la información de salud que mantenemos acerca de usted. Ya sea información previa acerca de usted o información que recibamos acerca de usted en el futuro. Nuestro aviso indicará la fecha de vigencia en la última página. También le daremos una copia de nuestro aviso actual cuando lo pida.

Querella: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede hacer su querella con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Usted puede someter una querella por correo con descripción de su querella o decimos en persona o por teléfono:

**Director de Información de Salud /Oficial de Privacidad Cornell Hill Health:
203-503-3569 • 400 Columbus Avenue, New Haven, CT 06519**

y nombres de cualquier persona implicada. Favor de dejarnos saber como comunicarnos con usted, para poder responder a su querella. Usted no será penalizado por someter una querella.

Otros Usos y Revelaciones de su Información Protegida de Salud:

Otros usos y revelaciones de su información personal de salud no cubiertos en este aviso o aplicables por ley, se harán solo con su autorización escrita. Si usted nos da autorización por escrito para usar o revelar su información personal de salud, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización nosotros no usaremos o revelaremos información personal de salud de usted, siguiendo las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos dar atrás cualquier revelación ya hecha por su autorización, y que estamos requeridos a retener nuestros registros del cuidado que hemos proporcionado a usted.



Cornell Scott
Hill Health
Corporation

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La protección de su privacidad es importante para nosotros. Favor de leer sobre sus derechos de privacidad de su salud como paciente dentro de este aviso.

El Centro Hill Health continuamente trata de proveer las mas altas normas de cuidado posible. Para ayudarnos en nuestros esfuerzos para que continuemos mejorando nuestros servicios, nosotros los invitamos a informar a la administración de HHC cualquier preocupación sobre la calidad de cuidado que haya recibido o de seguridad y limpieza de nuestras facilidades.

Para contactarnos por teléfono: 203-503-3250

Porque somos acreditados por la Joint Commission, una agencia nacional de acreditación, usted puede comunicarse en escrito al:

One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, Illinois 60181
o por teléfono al (630) 792-5000



Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MÉDICA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Para mas información, favor de comunicarse con:

Deirdre Moody, Privacy Officer
Cornell Scott-Hill Health Corporation
400 Columbus Avenue, New Haven, CT 06519
203-503-3153

Quienes Somos:

Este aviso describe las practicas privadas de la Corporación Hill Health, lo cual incluye la practicas privadas de:

- Todos nuestros médicos, enfermeras, y otros profesionales de cuidado de salud autorizado para poner información acerca de usted en su registro médico.
- Todos nuestros departamentos, incluyendo, nuestro registro médico y departamento de cuentas.
- Todos nuestros centros de salud y programas de alcance facilidades de cuidado al paciente o programas operados por la Corporación Hill Health.
- Todos nuestros empleados, voluntarios y otro personal que trabaje en nuestra representación.

Nuestro Compromiso:

Nosotros entendemos que la información de salud acerca de usted y el cuidado médico que usted recibe es personal. Nosotros estamos comprometidos a proteger su información personal de salud. Cuando usted recibe tratamiento y otro cuidado de salud de nosotros. Nosotros hacemos un registro del servicio que usted recibió. Nosotros necesitamos este registro para proveerle a usted con cuidado de calidad y para cumplir con requisitos legales. Este aviso es aplicado a todos nuestros registros acerca de su cuidado. Ya sea hecho por nuestros profesionales de cuidado de salud u otro que trabaje en esta oficina, y le dice acerca de las formas en que nosotros podemos usar y revelar su información personal de salud. Este aviso también describe sus derechos con respecto a la información de salud que mantenemos de usted y las obligaciones que tenemos cuando usamos o revelamos su información de salud.

La ley requiere que nosotros:

- estemos seguros que la información de salud que lo identifica a usted, se mantenga privada,
- le demos este aviso de nuestras obligaciones y prácticas privadas respecto a su información personal de salud
- siga los términos del aviso que actualmente esta en efecto, para toda información de salud personal.

Como Podemos Usar y Revelar Su Información de Salud:

Nosotros podemos usar y revelar su información personal de salud para los siguientes propósitos:

Para Tratamiento: Para proveer a usted con tratamiento de cuidado médico o servicios. Podemos revelar información de salud acerca de usted a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos y otros que estén implicados en su cuidado. Ellos pueden trabajar en la Corporación Hill Health, el hospital si usted esta hospitalizado bajo nuestra supervisión, o en otra oficina médica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de cuidado médico al cual podemos referirlo a usted para tratamiento, consulta, radiografía, pruebas de laboratorio, prescripciones u otro servicio de cuidado de salud. Esto puede incluir médicos y otros profesionales de cuidado de salud que trabajan en la Corporación Hill Health o en otro lugar donde podemos consultar acerca de su cuidado. Por ejemplo, podemos revelar a un médico de sala de emergencia que lo este tratando a usted por una pierna rota, que usted tiene diabetes, porque la diabetes puede afectar el proceso de recuperación de su cuerpo.

Para Pagos: Para cobrar y coleccionar pagos de usted, su compañía de seguro, incluyendo Medicaid y Medicare, u otras terceras personas que estén disponibles a reembolsarnos por algunos o todo su cuidado médico. Nosotros también podemos revelar información de salud acerca de usted a otros proveedores de cuidado de salud o su plan de salud para que ellos lleguen a un acuerdo de pago relacionado con su cuidado. Por ejemplo, si usted tiene seguro médico, nosotros necesitaremos compartir información acerca de su

visita con su plan de salud para lograr que su plan de salud pueda pagarnos, o reembolsarle a usted por la visita. Nosotros también le diremos a su plan de salud acerca del tratamiento que usted necesita para obtener la aprobación de su plan de salud o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para Operaciones de Cuidado de Salud: Para nuestras operaciones diarias y revelaremos información acerca de usted a otros proveedores de salud que implican en su cuidado, o a su plan de salud para sus operaciones diarias. Estos usos y declaraciones son necesarias para dirigir la Corporación Hill Health y asegurar que todos nuestros pacientes reciban calidad de cuidado, y asistir a otros proveedores y planes de salud para lograr esto igualmente. Por ejemplo, nosotros podemos usar información de salud para revisar el servicio que proveemos y para evaluar la acción de nuestros empleados con su cuidado. Nosotros también podemos combinar información de salud acerca de nuestros pacientes con información de salud de otros proveedores para decidir que otros servicios adicionales la Corporación Hill Health debe ofrecer, y que servicios no son necesarios, si nuevos tratamientos son efectivos o para comparar como estamos con otros y para ver donde podemos mejorar. Nosotros podemos remover información que lo identifica a usted de este grupo de información de salud para que otros puedan usarlo para estudiar como ofrecer cuidado de salud sin saber quienes son nuestros pacientes.

Recordatorio de Citas: Para contactarle y recordarle que usted tiene cita en la Corporación Hill Health.

Servicios Relacionados de Salud y Alternativas de Tratamiento: Para decirle a usted acerca de servicios relacionados de salud o recomendar opciones de tratamientos o alternativas que puedan ser de interés para usted. Favor de dejarnos saber si usted no desea que nosotros nos comuniquemos con usted con esta información, o si usted desea que nosotros usemos una dirección diferente cuando le enviemos esta información a usted.

Individuos que Impliquen en su Cuidado o Pagos por su Cuidado: Nosotros podemos revelar información acerca de usted a amistades, o miembros de familia que estén implicados en su cuidado de salud, o a personas que ayudan a pagar por su cuidado con una autorización escrita por usted, o en situaciones de emergencia, o autorizado de otro modo por ley.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, nosotros podemos usar y revelar información de salud acerca de usted, con propósito de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede envolver comparaciones de salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento, o aquellos que recibieron otro para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y el uso de información de salud, para tratar de balancear la investigación con la necesidad de mantener la privacidad del paciente. Antes que nosotros usemos o revelemos información de salud para investigación, el proyecto debe estar aprobado por medio de este proceso de aprobación especial. Por lo tanto nosotros podemos revelar información de salud acerca de usted a personas preparando el manejo de un proyecto de investigación. Por ejemplo, nosotros podemos ayudar a investigadores potenciales a buscar a los pacientes con especificas necesidades de salud, siempre y cuando la información de salud que sea revisada no sea sacada de nuestras facilidades. Nosotros trataremos casi siempre de pedir permiso en especifico si el investigador tuviera que tener acceso a su nombre, dirección, u otra información que revela quien es usted o si estará envuelto en su cuidado.

Donación de Órganos y Tejidos: Si usted es donante de órganos, nosotros revelaremos información de salud acerca de usted a organizaciones que manejan obtención de órganos o transplante de órganos, ojos y de tejidos, o a un banco de donaciones. Como sea necesario para facilitar donación de órganos o tejidos y transplante.

Como es Requerido por Ley: Cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

Para Prevenir una Amenaza Seria de Salud o Seguridad: Cuando sea necesario para prevenir serias amenazas a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del publico, u otra persona. Cualquier revelación, en todo caso, solamente será a una persona capaz de ayudar a prevenir una amenaza inminente.

Militares y Veteranos: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o separado/despedido de servicios militares, nosotros podemos revelar información de salud acerca de usted como es requerido por autoridades de comando militar, o por el departamento de acción de veteranos si es aplicable. Nosotros también podemos revelar información de salud acerca de personal militar extranjero, a las autoridades apropiadas militares extranjeras.

Compensación de Trabajadores: Para compensación de trabajo o programas similares, con autorización escrita. Estos programas ofrecen beneficios por

daños relacionados con trabajo o enfermedad.

Actividades de Salud Pública: Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, daños o incapacidad
- reportar nacimientos y muertes
- para reportar abuso de niños o descuido
- para reportar reacción a medicamentos o problemas con productos
- para notificar a personas de productos que se tienen que devolver/retirar
- para notificar a una persona que pudo haber estado expuesto a una enfermedad o puede estar a riesgo de contraer o de propagar una enfermedad o condición.
- para notificar la autoridad de gobierno apropiado si nosotros creemos que el paciente a sido la victima de abuso o descuido. Nosotros solamente haremos esta revelación si usted esta de acuerdo o cuando sea requerido y autorizado por ley.

Actividades de Supervisión de Salud: Para actividades autorizadas por ley, que incluyen auditorias, investigaciones, inspecciones y certificaciones. Estas actividades son necesarias para el gobierno manejar el sistema de cuidado de salud, programas de gobierno y cumplimiento de las leyes de derechos civiles. **Demandas y Disputas:** En respuesta a una orden de corte u orden administrativa, a una citación, la cual requiere descubrimiento, u otro proceso legal que este acompañado por orden de corte, o administrativa, pero solamente si se han hecho esfuerzos para obtener una orden para proteger la información requerida, o que usted a dado autorización por escrito a las personas pidiendo la información.

Aplicación de Ley: Si es pedido por un oficial de aplicaciones de leyes.

- respondiendo a una orden de corte, citación, válida pesquisa autorizada, o similar proceso
- acerca de conducta criminal en la Corporación Hill Health
- en circunstancias de emergencia para reportar un crimen, el lugar del crimen o victimas, o la identidad, descripción o lugar donde esta la persona que cometi6 el crimen

Médico Forense, Examinadores de Salud y Directores de Funerarias: Nosotros podemos revelar información de salud acerca de nuestros pacientes a un médico forense o examinador de salud. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona muerta o determinar la causa de muerte. Nosotros también podemos revelar información de salud a directores de funerarias cuando sea necesario para ellos llevar a cabo su trabajo.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia: A oficiales federales autorizados de inteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizada por ley.

Servicios de Protección para el Presidente y Demás: A oficiales federales autorizados para que ellos puedan proveer protección al presidente, otra persona autorizada o líderes extranjeros o conducir investigaciones especiales.

Registros Psiquiátricos y Comunicación: En caso que la información ofrecida constituya privilegio psiquiátrico-comunicación de paciente, lo confidencial de este registro es pedido bajo el capitulo 899 del reglamento general de Connecticut. Este material no deberá ser transmitido a nadie sin autorización escrita como es descrito en el reglamento mencionado.

Registro Abuso de Sustancia y Alcohol: En caso que la información revelada sea protegida por el Regulaciones de Registro Confidencial de Paciente de Abuso de Sustancia y Alcohol: Esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas Federales le prohíben a usted de hacer otras revelaciones de esta información, a menos que mas revelaciones sean expresamente permitidas por un consentimiento escrito de la persona a la cual se refiere, o como de otra manera sea permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general por la revelación de información médica, u otra NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de esta información, para investigar o procesar cualquier paciente con abuso de sustancia y alcohol.

Información Relacionada al VIH: En caso de que la información revelada constituya con información confidencial relacionada con VIH protegida bajo leyes de Connecticut: Esta informacion ha sido revelada a usted de registros los cuales la confidencialidad es protegida bajo leyes estatales: Leyes del Estado prohíben a usted de hacer cualquier otra revelación de esto, sin el consentimiento especifico escrito de la persona a la cual le pertenece, o de otra manera permitido por dicha ley. Una autorización general para revelar información médica u otra informacion NO es suficiente para este propósito.