



THE JEWISH GUILD FOR THE BLIND

- JGB Education Services Corporation
- JGB Health Facilities Corporation
- JGB Mental Health and Mental Retardation Services, Inc.
- JGB Rehabilitation Corporation
- GuildNet, Inc.
- InTouch Networks, Inc.
- The Massachusetts Guild for the Blind, LLC
- Greater Boston Guild for the Blind, Inc.

NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD,
CONFIRMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Fecha de entrada en vigencia: **Enero 2005**

EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA ATENTAMENTE.

La ley nos exige proteger la privacidad de la información de salud que puede revelar su identidad y suministrarle una copia de esta notificación. En esta notificación se describe las prácticas de privacidad de información de salud de nuestra organización y de los proveedores de atención de la salud afiliados que conjuntamente con nosotros prestan servicios de atención de la salud. Además, la privacidad y confidencialidad en relación a la información sobre el Consumo de Drogas y Alcohol, el VIH, y la Salud Mental están sujetas a restricciones adicionales. Siempre tendrá a su disposición una copia de nuestra última notificación en el área de recepción de nuestras instalaciones. Usted o su representante personal

pueden también obtener una copia de esta notificación visitando nuestro sitio de Internet al www.jgb.org o solicitando una copia a nuestro personal.

Si tuviera alguna pregunta sobre esta notificación o si le gustaría recibir información adicional, por favor, comuníquese con el Director de Privacidad del Guild (The Guild's Privacy Officer) al 212-769-6200.

¿QUIÉN CUMPLIRÁ LO DESCRITO EN ESTA NOTIFICACIÓN?

El Jewish Guild for the Blind y sus subsidiarias y afiliadas proporcionan atención de la salud conjuntamente con médicos y otros profesionales y organizaciones de atención de la salud. Las prácticas de privacidad descritas en esta notificación serán cumplidas por:

- Todo profesional de atención de la salud que le brinda tratamiento en cualquiera de nuestras instalaciones;
- Todos los empleados, profesionales de atención de la salud, aprendices, estudiantes o voluntarios en cualquiera de nuestras instalaciones;
- Todos los empleados, profesionales de atención de la salud, aprendices, estudiantes o voluntarios de otras entidades que forman parte de un acuerdo de atención médica organizada con nosotros;
- Cualquier socio comercial de nuestra organización (los cuales se describen más adelante).

AUTORIZACIONES DESCRITAS EN ESTA NOTIFICACIÓN

En esta notificación se explica los diferentes tipos de autorización que obtendremos de usted antes de utilizar o divulgar su información de salud para una serie de propósitos. Los tres tipos de autorizaciones que se cubren en esta notificación son:

- Un “consentimiento general escrito”, el cual debemos obtener de usted para usar y revelar su información de salud a terceros a fin de tratarlo o prestarle atención de salud, obtener pago por ese tratamiento o atención, y realizar nuestras operaciones comerciales. Debemos obtener este consentimiento general escrito, el cual

aparece en la página 24 de esta notificación y podemos también proporcionárselo por separado, la primera ocasión en que le brindamos tratamiento o atención de salud. Este consentimiento general escrito es una autorización general que no se debe repetir cada vez que le damos tratamiento o lo atendemos.

- Una “oportunidad para objetar”, la cual se la debemos dar antes de que podamos usar o compartir su información de salud para ciertos propósitos. En estas situaciones, usted tendrá la oportunidad de objetar al uso o divulgación de su información de salud en persona, por teléfono, o por escrito.
- Una “autorización escrita”, la cual contendrá información detallada sobre las personas que pueden recibir su información de salud y los propósitos específicos para los cuales su información de salud puede ser usada o divulgada. Solo tendremos autorización para usar y compartir la información de salud descrita en la autorización escrita, en las formas en que se explica en la autorización escrita que usted firme. Nuestro formulario de autorización escrita requiere aprobaciones adicionales específicas para que podamos compartir con terceros información sobre el Consumo de Drogas y Alcohol, el VIH, y la Salud Mental (si correspondiera). Una autorización escrita tendrá una fecha de vencimiento.

INFORMACIÓN SUMARIA IMPORTANTE

Requisito de autorización escrita.

Por regla general, obtendremos su autorización escrita antes de usar su información de salud o de compartirla con terceros. Usted también puede iniciar la transferencia de sus expedientes a otra persona rellendo un formulario de autorización escrita. Si usted nos da su autorización escrita, podrá revocarla en cualquier momento, excepto a la medida en que ya la hayamos usado. Para revocar una autorización, por favor, escriba a:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Excepciones al requisito de autorización escrita.

Existen reglas y restricciones especiales que aplican a la información sobre el Consumo de Drogas y Alcohol, el VIH, y la Salud Mental. Para una descripción de nuestras prácticas de privacidad para estas áreas, vea las páginas 19-23 de esta notificación.

Existen algunas situaciones en las cuales no necesitamos su autorización escrita antes de usar su información de salud o de compartirla con terceros. Estas son:

- **Excepción para el tratamiento, pago, y operaciones comerciales.** Obtendremos su consentimiento general escrito solo una vez para usar y compartir su información de salud a fin de tratarlo o atenderlo por su condición médica, para obtener pago por ese tratamiento o atención de salud, o para realizar nuestras operaciones comerciales. En algunos casos, es posible que también divulguemos su información de salud a otros proveedores de atención de la salud o a pagadores para asistirlos en sus actividades de pago y en ciertas de sus operaciones comerciales. Para mayor información, vea las páginas 7-9 de esta notificación.
- **Excepción para incluir información en el Directorio y divulgar información a familiares y amigos que participan en su atención médica.** Le preguntaremos si tiene alguna objeción a que publiquemos información sobre usted en nuestro Directorio de Instalaciones o a que compartamos información sobre su salud con sus amigos y familiares que participan en su atención. Para mayor información, vea las páginas 9-10 de esta notificación..
- **Excepción en caso de emergencias o necesidad pública.** Podemos usar y compartir la información de salud sobre usted en caso de emergencia o para necesidades públicas importantes. Por ejemplo, podemos compartir su información con funcionarios de la salud pública en departamentos estatales o municipales que están autorizados para investigar y controlar la propagación de enfermedades. Para más ejemplos, vea las páginas 10-13 de esta notificación.

- **Excepción si su información ha sido “des-identificada” total o parcialmente.** Podemos usar o divulgar su información de salud si hubiéramos extraído toda información que lo pudiera identificar, de modo que la información de salud quede “completamente des-identificada”. Podemos también usar y divulgar información “parcialmente des-identificada”, si la persona que va a recibir la información se compromete por escrito a proteger la privacidad de la información. Para mayor información, por favor, vea las páginas 13-14 de esta notificación.

Cómo obtener acceso a su información de salud.

Por regla general, usted tiene el derecho a revisar y a realizar copias de su información de salud. Para mayor información, por favor, vea las páginas 14-15 de esta notificación.

Cómo hacer correcciones a su información de salud.

Usted tiene el derecho a solicitar que corriamos su información de salud si considera que esa información es errónea o incompleta. Para mayor información, por favor, vea las páginas 15-16 de esta notificación.

Cómo identificar a terceros que hayan recibido su información de salud. Usted tiene el derecho a recibir un “informe de divulgaciones”, el cual identifique a ciertas personas u organizaciones con quienes se haya compartido su información de salud, de conformidad con las protecciones descritas en esta Notificación de las Prácticas de Privacidad. Este informe no incluirá muchas divulgaciones de rutina. No obstante, el informe incluirá muchas divulgaciones no rutinarias que se hayan hecho de su información. Para mayor información, por favor, vea las páginas 16-17 de esta notificación.

Cómo solicitar protecciones de privacidad adicionales.

Usted tiene el derecho a solicitar más restricciones sobre la forma en que usamos su información de salud o la forma en que la compartimos con terceros. No tenemos la obligación de aceptar la restricción que usted solicita, pero si lo hacemos, estaremos obligados por nuestro acuerdo. Para mayor información, por favor, vea las páginas 17-18 de esta notificación.

Cómo solicitar más comunicaciones confidenciales.

Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una forma que sea más confidencial para usted. Haremos lo posible para aceptar todas las peticiones razonables. Para mayor información, por favor, vea las páginas 18-19 de esta notificación.

Políticas especiales para la información sobre el Consumo de Drogas y Alcohol, el VIH, y la Salud Mental.

La información sobre el Consumo de Drogas y Alcohol, el VIH y la Salud Mental tiene protecciones de privacidad especiales. Estas protecciones y nuestras políticas que describen cómo las cumplimos, se explican en las páginas 19-23 de esta notificación.

Cómo puede una persona actuar en su nombre.

Usted tiene el derecho a asignar un representante personal para que actúe en su nombre a fin de controlar la privacidad de su información de salud. Por regla general, los padres y tutores tendrán el derecho a controlar la privacidad de la información de salud de los menores, a menos que la ley permita a esos menores actuar en su propio nombre.

Cómo obtener una copia de esta notificación.

Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento, aún cuando usted hubiera acordado anteriormente recibir esta notificación por vía electrónica. Para solicitarla, por favor, comuníquese con:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Teléfono: 212-769-6200

Además, usted o su representante personal pueden obtener una copia de esta notificación visitando nuestro sitio de Internet al www.jgb.org o solicitando una copia a nuestro personal.

Cómo obtener una copia de la notificación modificada.

Es posible que periódicamente cambiemos nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, modificaremos esta notificación para que usted

tenga un resumen exacto de nuestras prácticas. La notificación modificada aplicará a toda su información de salud. Siempre mantendremos una copia actualizada de nuestra notificación de privacidad en nuestra área de recepción donde una copia del mismo estará siempre a su disposición. Usted o su representante personal también podrán obtener su propia copia de la notificación modificada visitando nuestro sitio de Internet al www.jgb.org o solicitando una copia a nuestro personal. La fecha de entrada en vigencia de la notificación aparecerá siempre en la primera página. Tenemos la obligación de acatar los términos de la notificación que esté en vigencia en la actualidad.

Cómo presentar un reclamo con respecto a la privacidad de su información de salud.

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentarnos un reclamo, por favor, comuníquese con:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Teléfono: 212-769-6200

No se tomará ninguna represalia o medida contra usted por presentar reclamos.

Si sufre discriminación debido a la divulgación de información confidencial relacionada con el VIH, puede ponerse en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al 212-566-8624 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al 212-566-5493. Estas agencias tienen la responsabilidad de proteger sus derechos.

QUÉ INFORMACIÓN DE SALUD ESTÁ PROTEGIDA

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información que obtenemos sobre usted cuando le prestamos servicios de salud. Algunos ejemplos de información protegida de salud son:

- Información que indique que usted reside en el Guild Home for Aged Blind o que está recibiendo tratamiento o cualquier otro servicio relacionado con la salud del Jewish Guild for the Blind o de nuestras subsidiarias o afiliadas;
- Información sobre su condición de salud;
- Información sobre los servicios o productos de atención de la salud que haya recibido o que vaya a recibir en el futuro; o
- Información sobre sus beneficios de atención de la salud bajo un plan de seguro;

cuando esta información se combine con:

- Información demográfica (como su nombre, dirección, o condición con respecto al seguro);
- Números exclusivos que lo puedan identificar (tales como su número de seguro social o su número de teléfono);
- Otros tipos de información que puedan identificar quién es usted.

CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR CON TERCEROS SU INFORMACIÓN DE SALUD

1. Tratamiento, pago y operaciones comerciales

Con su consentimiento general escrito, podemos usar su información de salud o compartirla con terceros a fin de brindarle tratamiento o atención médica, obtener pago por ese tratamiento o atención, y para realizar nuestras operaciones comerciales. En algunos casos, es posible que también divulguemos su información de salud a otros proveedores de atención de la salud o a pagadores para asistirlos en sus actividades de pago y en ciertas de sus operaciones comerciales. A continuación incluimos más ejemplos de cómo su información puede ser usada o compartida para estos propósitos.

Tratamiento. Podemos compartir su información de salud con médicos o enfermeros o terapeutas que participan en la atención de su salud, y ellos

a la vez pueden usar esa información para diagnosticarlo o tratarlo. Un médico que lo atiende en una de nuestras instalaciones puede compartir la información de salud sobre usted con otro médico dentro de nuestras instalaciones, o con un médico en otra instalación de atención médica, para determinar cómo diagnosticarlo o tratarlo. Su médico puede también compartir su información de salud con otro médico al cual usted haya sido derivado para atención médica adicional.

Pago. Podemos usar su información de salud o compartirla con terceros con el fin de obtener pago por los servicios de atención médica prestados. Por ejemplo, podemos compartir información sobre usted con su proveedor de seguro de salud a fin de obtener reembolso por el tratamiento o atención de salud que le hayamos prestado, o para determinar si su seguro cubrirá futuros tratamientos o atenciones. Por último, podemos compartir su información con otros proveedores y pagadores para asistirlos en sus actividades de pago.

Operaciones comerciales. Podemos usar su información de salud o compartirla con terceros a fin de realizar nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal encargado de su atención, o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que le prestan. Por último, podemos compartir su información de salud con otros pagadores o proveedores de atención médica para asistirlos en ciertas de sus operaciones comerciales, si dicha información está vinculada a la relación que el proveedor o pagador tiene actualmente o tuvo anteriormente con usted, y si ese proveedor o pagador tiene la obligación por ley federal de proteger la privacidad de su información de salud.

Alternativas de tratamiento, beneficios, servicios y citas. En el curso de su tratamiento, podemos usar su información de salud para ponernos en contacto con usted y recomendarle posibles tratamientos alternativos o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. También podemos usar su información de salud para hacerle acuerdo de las citas que tiene con nosotros.

Recaudación de fondos. A fin de financiar nuestras operaciones comerciales, podemos usar información demográfica sobre usted, incluyendo información sobre su edad y sexo, cuando estemos decidiendo

si ponernos en contacto con usted o su representante personal para recaudar fondos que nos ayuden con nuestras operaciones.

Socios comerciales. Podemos compartir su información de salud con contratistas, agentes y otros socios comerciales que necesiten la información para asistirnos a obtener pago o realizar nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, es posible que compartamos su información de salud con una empresa facturadora, la cual nos ayuda a obtener pago de su proveedor de seguro médico. Otro ejemplo es que podemos compartir su información de salud con una empresa contable o bufete de abogados, los cuales nos brindan asesoría profesional sobre cómo mejorar nuestros servicios de atención de la salud y cumplir la ley. Si efectivamente compartimos su información de salud con uno de nuestros socios comerciales, tendremos un contrato escrito con ellos para asegurarnos que nuestros socios también protejan la privacidad de su información de salud.

Podemos hacer todas estas cosas si usted ha firmado un formulario de consentimiento general escrito. Una vez que haya firmado este formulario de consentimiento general escrito, se mantendrá en vigor indefinidamente hasta que usted lo revoque. Usted puede revocar su consentimiento general escrito en cualquier momento, excepto a la medida en que ya lo hayamos usado. Por ejemplo, si le damos tratamiento o atención de salud antes de que usted revoque su consentimiento general escrito, aún podemos compartir su información de salud con su proveedor de seguro médico a fin de obtener el pago por ese tratamiento o atención. Para revocar su consentimiento general escrito, por favor, escriba a:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

2. Directorio de Instalaciones en el Guild Home For Aged Blind

Podemos revelar su nombre y ubicación en el Guild Home for Aged Blind haciendo uso de nuestro Directorio de Instalaciones, o podemos compartir esta información con sus familiares y amigos que participan en su atención de salud, sin su autorización escrita. Siempre le daremos la oportunidad de oponerse, a menos que cuando llegue originalmente a la residencia de

ancianos usted esté incapacitado (en cuyo caso, hablaremos con usted sobre sus preferencias tan pronto recobre su capacidad). Cumpliremos con sus deseos o los de su representante personal, a menos que la ley exija lo contrario.

Si usted no se opone, incluiremos su nombre y ubicación en el Guild Home for Aged Blind en nuestro Directorio de Instalaciones durante el tiempo que resida en la residencia. La información que aparece en el directorio puede ser compartida con personas que preguntan por usted por su nombre.

3. Familiares y amigos que participan en su atención de salud

Si usted no se opone, podemos compartir su información de salud con un miembro de su familia, pariente, o amigo personal cercano que participe en su atención de salud o en el pago por la atención recibida. Podemos también notificar a un miembro de su familia, representante personal u otra persona responsable de su atención de salud sobre su estado general o sobre el lamentable caso de su muerte. En algunos casos, es posible que necesitemos compartir su información con algún organismo de ayuda a damnificados de una catástrofe a fin de que nos ayuden a notificar a estas personas.

4. Emergencias o necesidad pública

Podemos usar su información de salud y compartirla con terceros a fin de tratarlo en caso de una emergencia o para satisfacer necesidades públicas importantes. No tendremos la obligación de obtener su consentimiento general escrito antes de usar o compartir su información en estos casos. No obstante, sí obtendremos su autorización escrita, o le daremos la oportunidad para que se oponga, para usar o compartir su información de salud en estas circunstancias cuando la ley estatal específicamente requiera que lo hagamos.

Emergencias. Podemos usar o divulgar su información de salud si usted necesita tratamiento de emergencia, o si la ley exige que se lo demos, pero no podemos obtener su consentimiento general escrito. Si esto

ocurriese, intentaremos obtener su consentimiento tan pronto como razonablemente podamos, después que le brindemos el tratamiento.

Barreras de comunicación. Podemos usar y divulgar su información de salud si no podemos obtener su consentimiento debido a barreras de comunicación sustanciales, y consideramos que a usted le gustaría recibir el tratamiento si nos pudiéramos comunicar con usted.

Según lo exija la ley. Podemos usar o divulgar su información de salud si la ley exige que así lo hagamos. También le notificaremos de esos usos y divulgaciones, si la ley exige que se haga dicha notificación.

Actividades de salud pública. Podemos compartir su información de salud con funcionarios autorizados de la salud pública (o con alguna agencia gubernamental extranjera que colabore con tales funcionarios) con el propósito de que realicen sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con funcionarios del gobierno responsables del control de enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos compartir su información de salud con una persona que haya estado expuesta a una enfermedad transmisible o que esté en peligro de contraer o propagar la enfermedad, si la ley permite que lo hagamos.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Podemos compartir su información de salud con alguna autoridad de la salud pública que esté autorizada a recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, podemos dar su información a funcionarios del gobierno si creemos razonablemente que usted ha sido víctima de tal abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para obtener su autorización antes de divulgar esta información, pero en algunos casos, es posible que estemos obligados o autorizados a actuar sin su permiso.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos compartir su información de salud con agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales supervisan las operaciones del sistema de atención de la salud, los programas gubernamentales de beneficios, tales como Medicare y Medicaid, y el

cumplimiento con los programas gubernamentales reguladores y con las leyes de derechos civiles.

Supervisión de productos, reparaciones y retirada de productos del mercado. Podemos compartir su información de salud con alguna persona o empresa que esté regulada por la Oficina de Control de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por su sigla en inglés) para el propósito de: (1) informar o mantenerse al tanto de problemas o defectos de productos; (2) reparar, reemplazar, o retirar del mercado productos defectuosos o peligrosos; o (3) supervisar el desempeño de un producto después de que haya sido aprobado para su uso por el público en general.

Demandas y disputas. Podemos divulgar su información de salud si una corte o tribunal administrativo que está manejando una demanda u otra disputa nos ordena hacerlo.

Aplicación de la ley. Podemos compartir su información de salud con funcionarios de aplicación de la ley por las siguientes razones:

- Cumplir órdenes del tribunal o leyes que estamos obligados a acatar;
- Ayudar a los funcionarios de aplicación de la ley a fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo, o desaparecido;
- Si usted ha sido víctima de un crimen y determinamos que: (1) no hemos podido obtener su consentimiento general escrito debido a una emergencia o a su incapacidad; (2) los funcionarios de aplicación de la ley necesitan esta información de forma inmediata para poder cumplir sus deberes de cumplimiento de la ley; y (3) a nuestro juicio profesional la divulgación de su información a estos funcionarios es para su mejor beneficio;
- Si sospechamos que su muerte fue consecuencia de una conducta criminal;
- Si es necesario dar parte de un crimen que tuvo lugar en nuestra propiedad.

Prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad. Podemos usar su información de salud o compartirla con terceros cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona o del público. En estos

casos, solo compartiremos su información con una persona que tenga la capacidad de ayudar a prevenir la amenaza. Podemos también divulgar su información de salud a funcionarios de aplicación de la ley si usted nos dice que ha participado en un crimen violento que pudiera haber causado un serio daño físico a otra persona (a menos que usted haya admitido ese hecho durante una sesión de orientación psicoterapéutica), o si determinamos que usted se escapó de custodia legal (como de una prisión o institución de salud mental).

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia y Servicios de Protección. Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados que están realizando actividades de seguridad nacional e inteligencia o que están prestando servicios de protección al Presidente o a otros funcionarios importantes.

Presos y correccionales. Si en el futuro usted es puesto en prisión o es detenido por un funcionario de aplicación de la ley, nosotros podemos divulgar su información de salud a los funcionarios de prisiones o a los funcionarios de aplicación de la ley, si ésto fuera necesario para prestarle atención médica, o para mantener la protección, seguridad y el buen orden del lugar donde está detenido. Esto incluye compartir información que es necesaria para proteger la salud y la protección de otros presos o personas que participan en la supervisión o transportación de los presos.

Compensación por accidentes de trabajo. Podemos divulgar su información de salud para programas de compensación por accidentes de trabajo o programas similares que brindan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias. En el lamentable caso de su muerte, podemos divulgar su información de salud a un juez de instrucción o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. Podemos también compartir esta información con los directores de funerarias según sea necesario para que éstos cumplan sus obligaciones.

Donación de órganos y tejidos. En el lamentable caso de su muerte, podemos divulgar su información de salud a organizaciones que procuran y conservan órganos, ojos y otros tejidos para que estas organizaciones

investiguen si la donación o transplante es posible bajo las leyes correspondientes.

Investigación. En la mayoría de los casos, le pediremos su autorización escrita antes de usar su información de salud o compartirla con otros con el fin de realizar investigación. Sin embargo, bajo algunas circunstancias, podemos usar o compartir su información de salud sin su autorización escrita si obtenemos aprobación mediante un proceso especial para asegurar que la investigación sin su autorización escrita representa un mínimo riesgo a su privacidad. No obstante, bajo ninguna circunstancia permitiremos que los investigadores usen su nombre o identidad públicamente. Podemos también compartir su información de salud sin su autorización escrita a personas que estén preparando un proyecto de investigación futuro, siempre y cuando ninguna información que lo identifique salga de nuestras instalaciones. En el lamentable caso de su muerte, podemos compartir su información de salud con personas que están realizando investigaciones que usan la información de personas fallecidas, siempre y cuando ellos se comprometan a no sacar de nuestras instalaciones ninguna información que lo identifique.

5. Información total o parcialmente des-identificada.

Podemos usar o divulgar su información de salud si hubiéramos extraído toda información que tenga el potencial de identificarlo, de modo que la información de salud quede “completamente des-identificada”. Podemos también usar y divulgar información de salud sobre usted que haya sido “parcialmente des-identificada”, si la persona que va a recibir la información firma un acuerdo a fin de proteger la privacidad de la información según lo requieran las leyes estatales y federales. La información de salud que ha sido “parcialmente des-identificada” *no* contendrá ninguna información que lo pudiera identificar directamente (como su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio de Internet, o número de licencia).

6. Divulgaciones fortuitas

Aunque tomamos todas las medidas razonables para proteger la privacidad de su información de salud, es posible que se produzcan

divulgaciones de su información de salud durante, o como resultado inevitable, de los usos o divulgaciones permisibles de su información de salud. Por ejemplo, durante el curso de una sesión de tratamiento, otras personas en el área pudieran ver su información de salud o escuchar discusiones sobre ella.

SUS DERECHOS A OBTENER ACCESO Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Queremos que sepa que usted tiene los siguientes derechos a obtener acceso y controlar su información de salud. Estos derechos son importantes porque le ayudarán a asegurarse que la información de salud que tenemos sobre usted es correcta. También le pueden ayudar a controlar la forma en que nosotros usamos su información y la compartimos con otros, o la forma en que nos comunicamos con usted sobre sus asuntos médicos.

1. Derecho a revisar y obtener copias de expedientes

Usted tiene el derecho a revisar y obtener una copia de cualquier información de salud sobre usted que se pueda utilizar para tomar decisiones sobre su tratamiento por todo el tiempo que mantengamos esta información en nuestros registros. Esto incluye expedientes médicos y de facturación. Para revisar u obtener una copia de su información de salud, por favor, presente su petición a:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Teléfono: 212-769-6200

Si solicita una copia de su información, le cobraremos un cargo para cubrir los costos de copiado, envíe u otros artículos que usamos para satisfacer su petición. El cargo normal es \$0,75 por página y generalmente se deberá pagar antes o al momento en que se le entreguen las copias. Responderemos a su petición para revisar su expediente dentro del

período de veinticuatro horas. Normalmente responderemos a peticiones para obtener copias dentro del término de dos días laborales.

En ciertas circunstancias muy limitadas, podemos rechazar su solicitud de revisar y realizar copias de su información. Si hacemos ésto, en su lugar le daremos un resumen de la información. También le haremos llegar una notificación por escrito, la cual explica las razones que tenemos para darle solo un resumen, y una descripción completa de los derechos que tiene a solicitar que esa decisión sea considerada nuevamente y cómo puede ejercitar esos derechos. La notificación incluirá también información sobre cómo presentar un reclamo sobre estos asuntos ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tenemos motivos para rechazar solo parte de su petición, le daremos acceso completo a las partes restantes, excluyendo la información que no le podemos dejar revisar o copiar.

2. Derecho a corregir expedientes

Si usted cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, nos puede pedir que corriamos la información. Usted tiene el derecho a solicitar una corrección por todo el tiempo que mantengamos la información en nuestros archivos. Para solicitar una corrección, por favor escriba a:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Su petición deberá incluir las razones por las cuales usted piensa que debemos hacer la corrección. Normalmente responderemos a su petición dentro del período de 60 días. Si necesitamos más tiempo para responder, le notificaremos por escrito dentro de 60 días, le explicaremos la razón de la tardanza y le informaremos cuándo puede esperar recibir una respuesta definitiva sobre su petición.

Si rechazamos su petición de forma parcial o total, le haremos llegar una notificación por escrito, la cual explicará las razones que tenemos para

rechazar su petición. Usted tiene el derecho a que se incluya en su expediente cierta información con respecto a su petición de corrección. Por ejemplo, si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá la oportunidad de presentar una declaración en la que explique su desacuerdo. Esta declaración será archivada en su expediente. La notificación incluirá también información sobre cómo presentar un reclamo ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Le explicaremos estos procedimientos de forma más detallada en cualquier notificación de rechazo que le enviemos por escrito.

3. Derecho a obtener un informe de las divulgaciones.

Después del 14 de abril de 2003, usted tiene el derecho a solicitar un “informe de divulgaciones”, el cual identifica a ciertas personas u organizaciones con quienes hemos compartido su información de salud en conformidad con la ley correspondiente y las protecciones ofrecidas en esta Notificación de las Prácticas de Privacidad. El informe de divulgaciones no describe las formas en que su información de salud se ha compartido dentro y entre el Jewish Guild for the Blind, sus subsidiarias y afiliadas, e individuos o entidades incluidas en la sección titulada “QUIÉN CUMPLIRÁ LO DESCRITO EN ESTA NOTIFICACIÓN” que aparece en la página 2 de esta Notificación de las Prácticas de Privacidad, siempre y cuando todas las demás protecciones descritas en esta Notificación de las Prácticas de Privacidad hayan sido acatadas (tales como obtener las aprobaciones requeridas, antes de compartir su información de salud con nuestros doctores para propósitos de investigación).

Un informe de divulgaciones tampoco incluye información sobre las siguientes divulgaciones:

- Divulgaciones que le hicimos a usted o a su representante personal;
- Divulgaciones que hicimos en cumplimiento a su autorización escrita;
- Divulgaciones que hicimos para fines de tratamiento, pago u operaciones comerciales;
- Divulgaciones realizadas haciendo uso de nuestro directorio de instalaciones;
- Divulgaciones hechas a sus amigos y familiares que participan en su atención o en el pago por la atención recibida;

- Divulgaciones que ocurrieron de forma fortuita al usar o divulgar su información de salud de forma permitida (por ejemplo, cuando alguien que está pasando escucha la información);
- Divulgaciones para propósitos de investigación, salud pública o nuestras operaciones comerciales de porciones limitadas de su información de salud, las cuales no lo identifican directamente;
- Divulgaciones hechas a funcionarios federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia;
- Divulgaciones sobre presos hechas a correccionales o a funcionarios de aplicación de la ley; o
- Divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

Para solicitar un informe de divulgaciones, por favor, escriba a:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Su petición deberá indicar un período de tiempo dentro de los últimos seis años (pero después del 14 de abril de 2003) para las divulgaciones que desea que incluyamos. Usted tiene el derecho a recibir un informe gratuito dentro del período de 12 meses. Sin embargo, le podemos cobrar un cargo para cubrir los costos de la preparación de un informe adicional en el mismo período de 12 meses. Siempre le notificaremos con antelación de cualquier costo que pudiera existir para que pueda optar por retirar o modificar su solicitud antes de que incurra cualquier costo.

Normalmente responderemos a su petición para un informe dentro del período de 60 días. Si necesitamos más tiempo para preparar el informe que ha solicitado, le notificaremos por escrito sobre la razón de la tardanza y la fecha en que puede esperar recibirlo. En raros casos, es posible que nos demoremos en entregarle el informe sin que le notifiquemos. Esto se deberá a que un funcionario de aplicación de la ley o una agencia gubernamental nos ha pedido que procedamos de esa forma.

4. Derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales

Usted tiene el derecho a solicitar que se apliquen restricciones adicionales a la forma en que usamos y compartimos su información de salud para proporcionarle tratamiento y atención de salud, para obtener pago por ese tratamiento o atención, o para realizar nuestras operaciones comerciales. También puede solicitar que limitemos la forma en que compartimos la información sobre usted con sus familiares y amigos que participan en su atención de salud. Para solicitar restricciones, por favor, comuníquese con:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Teléfono: 212-769-6200

Su petición deberá incluir (1) la información que desea que limitemos; (2) si desea que limitemos cómo usamos la información, cómo la compartimos con terceros, o ambas cosas; y (3) a quién desea que apliquemos tales limitaciones.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones y, en algunos casos, es posible que la ley no permita la restricción que solicita. *No obstante, si estamos de acuerdo con su solicitud de aplicar una restricción, cumpliremos con ella a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o para cumplir la ley.* Una vez que hayamos aceptado una restricción, usted tiene el derecho a revocar la restricción en cualquier momento. Bajo algunas circunstancias, nosotros también tendremos el derecho a revocar la restricción, siempre y cuando le notifiquemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su autorización antes de poder revocar la restricción.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted o con su representante personal sobre sus asuntos médicos en una forma más confidencial, solicitando que nos comuniquemos con usted mediante medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Para solicitar comunicaciones más confidenciales, por favor, comuníquese con:

Privacy Officer
The Jewish Guild for the Blind
15 West 65th Street
New York, NY 10023

Teléfono: 212-769-6200

No le preguntaremos el motivo de su petición e intentaremos aprobar todas las peticiones razonables. Por favor, especifique en su petición cómo usted o su representante personal desea que lo contactemos, y cómo se manejarán los pagos por su atención de salud si nos comunicamos con su representante personal mediante este método u ubicación alternativa.

DISPOSICIONES ESPECIALES CON RESPECTO A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

Con su consentimiento general escrito, el personal del Jewish Guild for the Blind (JGB) – y nuestros socios comerciales – pueden usar la información sobre usted en lo relativo al cumplimiento de sus funciones para suministrarle diagnóstico, tratamiento, o derivarlo a un tratamiento para el Consumo de Drogas o Alcohol. Por regla general, no revelaremos a una persona externa que usted es un paciente de JGB ni divulgaremos ninguna información que lo pueda identificar como un consumidor de drogas o alcohol, *a menos que*:

- Tengamos su autorización por escrito;
- Una corte autorice la divulgación, y las leyes y reglamentaciones federales y estatales de confidencialidad permitan esa divulgación;
- La divulgación se realice a personal médico en una emergencia médica;
- La divulgación se realice a investigadores cualificados sin su autorización escrita, siempre que esa investigación represente un mínimo riesgo a su privacidad. Cuando la ley lo exija, obtendremos un acuerdo del investigador para proteger la privacidad y confidencialidad de su información;

- La divulgación se haga a una organización de servicio cualificada, la cual realiza ciertos servicios de tratamiento (como análisis de laboratorio) y ciertas operaciones comerciales (como cobranzas de facturas). JGB obtendrá un acuerdo por escrito de la organización de servicio cualificada para proteger la privacidad y confidencialidad de su información de conformidad con las leyes federales y estatales;
- La divulgación se haga a una agencia gubernamental u otro personal no-gubernamental cualificado a fines de realizar una auditoría o evaluación de JGB. Obtendremos un acuerdo por escrito de cualquier personal no-gubernamental para proteger la privacidad y confidencialidad de su información de conformidad con las leyes federales y estatales;
- La divulgación se haga a fin de dar parte de un crimen cometido por un paciente, ya sea en las instalaciones de JGB o contra una persona que trabaja para JGB, o de alguna amenaza para cometer tal crimen; o
- La divulgación se haga para dar parte de negligencia o abuso de menores a las autoridades locales o estatales.

La violación de estas reglamentaciones de privacidad es un crimen. Si se sospecha que se ha cometido una violación de este tipo, se puede dar parte de ello a las autoridades competentes de conformidad con las leyes federales y estatales.

DISPOSICIONES ESPECIALES CON RESPECTO A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH

Información confidencial relacionada con el VIH es cualquier información que indica que usted se ha hecho una prueba relacionada con el VIH, tiene una enfermedad relacionada con el VIH o tiene SIDA, o tiene una infección relacionada con el VIH, además de cualquier información que lo pueda, de forma razonable, identificar como una persona que se ha hecho una prueba del VIH o que tiene una infección del mismo.

Bajo la ley del Estado de Nueva York, la información confidencial relacionada con el VIH solo se puede compartir con personas que, por ley, la puedan tener, o con personas a las que usted haya autorizado tenerla firmando un formulario de autorización escrita. Puede solicitar ver una lista de las personas que por ley pueden recibir información confidencial relacionada con el HIV sin una autorización escrita.

Con su consentimiento general escrito, el personal de JGB – o nuestros socios comerciales - pueden usar su información confidencial relacionada con el VIH, cuando la necesiten, para prestarle atención de salud directa o tratamiento directo, para procesar archivos de facturación o reembolso, o para supervisar o evaluar la calidad de atención de salud que JGB ofrece. Por regla general, JGB no revela a una persona externa, información confidencial relacionada con el VIH que obtenemos en el curso de la atención o tratamiento que le ofrecemos, *a menos que*:

- Tengamos su autorización por escrito;
- La divulgación se haga a una persona que está autorizada, bajo la ley correspondiente, a tomar decisiones de atención de la salud en su nombre y la información divulgada sea pertinente al cumplimiento del papel que esa persona tiene como tomadora de decisiones;
- La divulgación se haga a otro proveedor de atención de salud o pagador para propósitos de tratamiento o de pago, siempre y cuando hayamos obtenido primeramente su consentimiento general escrito para esas divulgaciones;
- La divulgación se haga a un agente externo de JGB, el cual necesita la información para prestarle atención directa y tratamiento directo, para procesar archivos de facturación o reembolso, o para supervisar o evaluar la calidad de atención de salud que JGB ofrece. En estos casos, JGB usualmente obtendrá su consentimiento general escrito y tendrá un acuerdo con el agente para asegurar que su información confidencial relacionada con el VIH esté protegida como se requiere bajo las leyes y reglamentaciones federales y estatales de confidencialidad;
- La divulgación sea exigida por la ley u orden del tribunal;
- La divulgación se haga a una organización que procura partes del cuerpo para propósitos de transplante;

- Usted reciba servicios bajo un programa controlado o supervisado por una agencia gubernamental federal, estatal o local y la divulgación se haga a esa agencia gubernamental o a otro empleado o agente de la agencia, cuando la divulgación sea razonablemente necesaria para la supervisión, control, y administración de la prestación de servicios del programa;
- JGB esté obligado bajo las leyes federales o estatales a hacer la divulgación a un funcionario de la salud;
- La divulgación sea requerida para propósitos de la salud pública;
- Usted esté preso en un correccional y la divulgación de la información confidencial relacionada con el VIH al Director Médico de esa instalación, sea necesaria para que el director desempeñe sus funciones;
- Para los fallecidos, la divulgación se haga a un director de funeraria que esté a cargo de los restos del occiso y que tenga acceso, durante el curso normal de sus actividades profesionales, a información confidencial relacionada con el VIH en el certificado de defunción del occiso;
- La divulgación se haga a fin de dar parte de negligencia o abuso de menores a las autoridades estatales o locales competentes;

La violación de estas reglamentaciones de privacidad puede someter a JGB a penas civiles y criminales. Si se sospecha que se ha cometido una violación de este tipo, se puede dar parte de ello a las autoridades competentes de conformidad con las leyes federales y estatales.

Si sufre discriminación debido a la divulgación de información confidencial relacionada con el VIH, puede ponerse en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al 212-566-8624 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al 212-566-5493. Estas agencias tienen la responsabilidad de proteger sus derechos.

DISPOSICIONES ESPECIALES CON RESPECTO A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

Con su consentimiento general escrito, el personal de JGB – o nuestros socios comerciales - pueden usar información de salud mental sobre usted en lo relativo al cumplimiento de sus funciones a fin de ofrecerle tratamiento, obtener pago por ese tratamiento, o para realizar nuestras operaciones comerciales. Por regla general, no revelaremos información de salud mental sobre usted a personas que no formen parte de JGB, *excepto en las siguientes situaciones:*

- Cuando tenemos su autorización por escrito;
- A un representante personal que esté autorizado para tomar decisiones de salud en su nombre;
- A agencias gubernamentales o a compañías aseguradoras privadas a fin de obtener pago por los servicios que le hayamos prestado, siempre que tengamos su consentimiento por escrito;
- Para cumplir una orden del tribunal;
- A personas pertinentes que tienen la capacidad de prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de usted o de otra persona;
- A autoridades gubernamentales competentes a fin de localizar a una persona desaparecida o para llevar a cabo una investigación criminal, según se permita bajo las leyes federales y estatales de confidencialidad;
- A otras instalaciones autorizadas que prestan servicios de emergencia, si fuera permitido bajo las leyes federales y estatales de confidencialidad;
- Al servicio legal de higiene mental ofrecido por el Estado;
- A abogados que representan a pacientes en un proceso de hospitalización involuntaria;
- A funcionarios gubernamentales autorizados para el propósito de supervisar o evaluar la calidad de atención de salud que ofrece JGB o su personal;
- A investigadores cualificados sin su autorización específica, cuando tal investigación represente un mínimo riesgo a su privacidad;
- A jueces de instrucción o médicos forenses a fin de determinar la causa de muerte; y

- Si usted está preso, a un correccional que certifique que la información es necesaria para prestarle atención de salud, o para proteger la salud o la seguridad de usted o de cualquier otra persona en el correccional.

DECLARACIÓN CON RESPECTO A NOTAS DE PSICOTERAPIA

Las notas de psicoterapia encajan en una categoría única. Cuando estas notas se preparan y se mantienen, éstas son notas tomadas por un profesional de salud mental que documenta o analiza los contenidos de una conversación durante una sesión privada de orientación psicoterapéutica – o durante una sesión de orientación psicoterapéutica de grupo, en conjunto, o de familia. Debido a la naturaleza de estas notas, si se preparan y se mantienen, las mismas están sujetas a protecciones especiales.

LA POLÍTICA DE JGB ES QUE NO SE PREPARARÁN NI SE MANTENDRÁN NOTAS DE PSICOTERAPIA. TODA DOCUMENTATION PERTINENTE SERÁ INCLUIDA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y FORMARÁ PARTE DE ELLA. NO SE INCLUIRÁ LOS TIPOS DE INFORMACIÓN QUE PUDIERAN SER CATEGORIZADOS COMO NOTAS DE PSICOTERAPIA.

CONFIRMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar al pie de la presente, confirmo que me han proporcionado una copia de esta Notificación de las Prácticas de Privacidad y que, por lo tanto, he sido informado de cómo la información sobre mi salud puede ser usada y compartida con terceras personas por The Jewish Guild for the Blind y por sus subsidiarias, los cuales aparecen al comienzo de este documento, y cómo puedo obtener acceso y control de esta información. También confirmo y entiendo que esta Notificación de las Prácticas de Privacidad explica las protecciones especiales de privacidad que aplican a la información de tratamiento sobre el Consumo de Drogas y Alcohol, la información relacionada con el VIH, y la información sobre la Salud Mental. Por último, al firmar al pie de la presente, doy consentimiento para que mi información de salud sea usada y compartida con terceras personas para propósitos de mi tratamiento y para hacer los arreglos necesarios para mi atención médica, para tratar de obtener y recibir pago por los servicios que me hayan sido prestados, y para las operaciones comerciales del Jewish Guild for the Blind, sus subsidiarias y afiliadas, y del personal que aparece al comienzo de esta notificación.

Firma del paciente o representante personal

Escribir en letra de imprenta el nombre del paciente o representante personal

Fecha

Descripción de la competencia / autoridad del representante personal

ESTA NOTIFICACIÓN ESTÁ TAMBIÉN DISPONIBLE EN CINTA MAGNETOFÓNICA Y EN BRAILLE. PARA RECIBIR UNA COPIA EN UNO DE ESTOS FORMATOS ALTERNATIVOS, COMUNÍQUESE CON NOSOTROS AL 212-769-6200.