

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha efectiva: 4 de septiembre de 2018

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. SÍRVASE REPASARLO CUIDADOSAMENTE.



participa en su atención o el pago de su atención, inclusive después de su muerte.

5. **Constancia de Inmunización.** Si una escuela está obligada por ley estatal u otra ley a contar

militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

**Presos e Instituciones Correccionales.** Si usted es preso o es detenido por un agente de las fuerzas del orden público, podemos divulgar su información médica a los funcionarios de la penitenciaría o agentes de las fuerzas del orden público, de ser necesario, para proporcionar atención médica, o para mantener la seguridad, protección y buen orden en el lugar donde está confinado. Esto incluye compartir información necesaria para proteger la salud y seguridad de otros presos o personas involucradas en la supervisión o transporte de presos.

**Compensación Laboral.** Podemos divulgar su información médica para compensación laboral o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

**Peritos Médicos, Médicos Forenses y Directores de Funerarias.** En caso de su muerte, podemos divulgar su información médica a un médico forense o perito médico. También podemos divulgar esta información a directores de funerarias según sea necesario para el desempeño de sus deberes.

**Donación de Órganos y Tejido.** En caso de su muerte o muerte inminente, podemos divulgar su información médica a organizaciones que procesan o almacenan órganos, ojos u otros tejidos para que dichas organizaciones puedan investigar si la donación o trasplante es posible bajo las leyes aplicables.

**7. Información Totalmente Anónima o Parcialmente Anónima.** Podemos usar y divulgar su información médica si hemos eliminado cualquier información que tiene el potencial de identificarle, para que la información médica quede anónima o parcialmente anónima. Podemos divulgar su información médica anónima o parcialmente anónima de usted si la persona que recibirá la información firma un acuerdo de proteger la privacidad de la información según sea requerido por las leyes federales y estatales. La información médica parcialmente anónima *no* contendrá información que le identificaría directamente (por ejemplo, su nombre, dirección postal, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o0912 0 612 792 re000000ía

electrónica de su información médica, le proporcionaremos una copia en forma y formato electrónico según lo solicitado, siempre que podamos producir sin dificultad dicha información en la forma solicitada. De otra manera, cooperaremos con usted para proporcionar una forma y formato electrónico legible según lo acordado.

**2. Derecho de Enmendar Expedientes.** Si usted considera que la información médica que tenemos acerca de usted es incorrecta o incompleta, puede escribirnos para pedirnos que enmendemos la información por el período durante el cual dicha información se mantenga en nuestros expedientes. Su solicitud debe incluir los motivos por los cuales considera que debemos enmendar la información. Si negamos parte o toda su solicitud, le proporcionaremos un aviso por escrito que explica los motivos de nuestra decisión. Usted tendrá el derecho de que cierta información relacionada con su enmienda solicitada se incluya en sus expedientes.

**3. Derecho a un Rendimiento de Cuentas de las Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar un

una lista con información acerca de la manera en que hemos compartido su información médica con terceros. Para solicitar un formulario de solicitud para un rendimiento de cuentas de las divulgaciones, usted debe escribir al Funcionario de Privacidad. Usted tiene el derecho a recibir una lista sin cargo por cada período de 12 meses. No obstante, podemos cobrarle el costo de proporciona cualquier lista adicional durante ese mismo período de 12 meses.

4.

---

**9. Derecho de Entablar una Queja.** Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, podrá entablar una queja con nosotros, llamando al Funcionario de Privacidad al 646-680-2828, llamando a la Línea Directa de Cumplimiento y Ética de ACPNY al **1-844-7-COMPLY** (1-844-726-6759) o ante el Secretario del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos. Advantage Care Physicians no negará tratamiento ni tomará acción contra usted por haber entablado una queja.

**10. Uso y Divulgaciones donde Pueden Aplicarse Protecciones Especiales.** Algunos tipos de

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO**

*Con mi firma abajo, confirmo que se me ha provisto una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad y que en consecuencia he quedado informado de las maneras en las cuales el grupo médico indicado en el encabezamiento de este aviso puede usar y divulgar información médica acerca de mí, y cómo puedo obtener acceso a ~~esta información~~ información médica*