

# AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Fecha en que entra en vigencia: 23 de septiembre del 2013

## ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Este aviso describe las prácticas de privacidad de Trinitas Regional Medical Center y de algunos de sus afiliados, médicos, enfermeros(as) y otro personal. Se aplica a los servicios ofrecidos a usted en Trinitas Regional Medical Center, una corporación sin fines de lucro de New Jersey y sus filiales, es decir, Marillac Corporation, Trinitas Health Foundation (Fundación de Salud Trinitas), una organización sin fines de lucro de New Jersey; Auxiliar de Trinitas Regional Medical Center, una corporación sin fines de lucro de New Jersey; Trinitas Healthcare Corporation (Corporación de Atención de Salud Trinitas); y University Radiology of Trinitas (Universidad de Radiología de Trinitas).

Este Aviso se le proporciona a usted de conformidad con la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), modificada por Health Information Technology for Economic and Clinical Health (Información Tecnológica para asuntos Económicos y Clínicos de Salud). Ha sido diseñado para decirle cómo nosotros bajo la ley federal, podríamos usar o divulgar su Información de Salud.

Estamos obligados por ley a proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su Información de Salud que mantenemos. HIPAA, enmendada por el Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, nos impone ciertas obligaciones con respecto a su Información de Salud y nos exige mantener cualquier información médica que lo identifica, confidencialmente. Asumimos con seria responsabilidad esta obligación y cuando tenemos que usar o divulgar su Información de Salud, nosotros cumplimos con los términos de este Aviso. En cualquier momento que estamos autorizados a compartir con otros la información médica necesaria, sólo proporcionamos la cantidad mínima de datos necesarios para responder a la necesidad o solicitud a menos que por ley sea permitido de otro modo.

### I. USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SU SALUD QUE NO REQUIERE DE SU AUTORIZACIÓN

Estamos autorizados por ley para usar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito o de ninguna otra forma bajo ciertas circunstancias, como se describe a continuación. Esto significa que no tenemos que obtener autorización previa para usar o revelar su Información de Salud para propósitos tales como proporcionarle tratamiento, solicitar pago por nuestros servicios, o para operaciones de atención médica. También podemos usar o divulgar su Información de Salud sin su autorización para otras actividades o a los funcionarios estatales o federales.

#### • Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención de Salud.

- Podemos usar y divulgar su información médica para brindarle los tratamientos y servicios relacionados. Podemos divulgar su Información de Salud a nuestros profesionales de salud, incluyendo médicos, enfermeras y técnicos — con el propósito de ayudarles a ellos a proporcionarle a usted el tratamiento, así como a residentes, internos y otros aprendices que puedan estar ayudando con la prestación de su atención.
- Podemos usar su información — y enviar partes pertinentes a sus compañías de seguros, con el fin de determinar su elegibilidad y beneficios de los servicios que pueda recibir y para obtener el pago de los servicios que le hemos proporcionado.
- Podemos acceder o enviar su información a nuestros abogados o contadores en caso de que necesitemos la información para abordar una de las funciones propias de nuestro negocio, o a otros socios comerciales nuestros con el fin de llevar a cabo nuestras operaciones.

#### • A Otros Proveedores de Salud. Podemos divulgar su Información de Salud a otros profesionales del cuidado médico donde pueda ser requerida por ellos para tratarle, para que obtengan el pago por los servicios que le proporcionaron o para sus propias operaciones de atención médica.

#### • Divulgación a Familiares, Amigos cercanos, Cuidadores. Podemos divulgar su Información de Salud a los miembros de la familia y parientes, amigos cercanos, cuidadores de salud y otros individuos que usted identifique, siempre y cuando nosotros:

- Obtengamos su acuerdo;
- Le proporcionemos la oportunidad de que usted se oponga a la divulgación y usted no lo haga,
- Tenemos razones para inferir que usted no se opondría a la divulgación.

Si usted no está presente o, debido a su incapacidad o una emergencia, usted es incapaz de aceptar u objetar el uso a la divulgación, podemos ejercitar nuestro juicio profesional con el fin de determinar si dicho uso o divulgación sería en su mejor interés. Cuando revelamos información a un miembro de la familia, otro pariente o un amigo cercano, le revelamos sólo la información que creemos es directamente relevante en su participación a su cuidado o al pago relacionado con su atención. También divulgaremos su Información de Salud para notificar o ayudar a notificar a dichas personas sobre su localización, condición general o su muerte. En cualquier momento usted puede solicitar que NO revelemos su Información de Salud a cualquiera de estos individuos.

#### • Actividades de Salud Pública. Podemos divulgar su Información de Salud para ciertas actividades de salud pública requeridas por la ley, como:

- Para reportar información de salud a las autoridades de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- Donde sea requerido por la ley, reportar cierta información de vacunación, tales como el registro de inmunización al Estado o a la escuela de su niño;
- Para informar nacimientos y muertes;
- Para reportar abuso infantil a las autoridades de salud pública u otras autoridades gubernamentales autorizadas por la ley para recibir tales denuncias;
- Para reportar información sobre productos y servicios bajo la jurisdicción de la U.S. Food and Drug Administration (Departamento de Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos), tales como reacciones a medicamentos;
- Para notificarle a usted y a otros pacientes de advertencias de cualquier producto o medicamento que pueda afectarle;
- Para alertar a una persona que ha estado expuesta a una enfermedad contagiosa o de lo contrario puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y
- Para reportar información a su empleador tal como lo exige la ley, para abordar sobre las enfermedades relacionadas con el trabajo y lesiones o vigilancia médica del lugar de trabajo.

#### • Actividades de Supervisión de Salud. Podemos divulgar su Información de Salud a una Agencia de supervisión de salud tales como Medicaid o Medicare que supervisan y entregan los sistemas de atención de la salud, para ayudar con las auditorías o investigaciones diseñadas para garantizar el cumplimiento de tales programas gubernamentales de atención de salud.

#### • Víctimas de Abuso, Negligencia, Violencia Doméstica. Cuando tenemos razones para creer que usted es o puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su Información de Salud con las autoridades gubernamentales apropiadas, incluyendo las agencias de servicio social o de protección, que están autorizadas por la ley para recibir tales denuncias.

#### • Procesos Judiciales y Administrativos. Podemos divulgar su Información de Salud en virtud de una orden judicial, citación u otro proceso legal en el curso de un procedimiento judicial o administrativo. Por ejemplo, podemos divulgar su Información de Salud en el curso de una demanda por indemnización que usted ha iniciado contra otro por daños o lesiones personales que recibió por parte de esa persona o a su aseguradora.

#### • Funcionarios Encargados de Administrar la Ley. Podemos divulgar su Información de Salud a la policía u otros funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si es requerido o permitido por la ley o en virtud de una orden judicial, citación u otro proceso legal. Por ejemplo, podemos divulgar su Información de Salud a la policía para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida. También podemos divulgar su Información de Salud a la policía donde se investigue una muerte que creemos es el resultado de conducta criminal o debido a la conducta criminal en nuestras instalaciones. También podemos divulgar su Información de Salud donde sea necesario en caso de emergencia para reportar un crimen, identificar a la víctima de un crimen, o identificar o localizar a la persona que haya cometido un crimen.

#### • Fallecimientos. Podemos divulgar su Información de Salud a médicos forenses para propósitos de identificación o determinar la causa de la muerte o a directores de funerarias a fin de llevar a cabo sus oficios tal cual les es permitido o requerido por ley.

#### • Compensación a Trabajadores. Podemos utilizar o divulgar su Información de Salud en la medida necesaria para cumplir con la ley estatal de compensación al trabajador u otros programas similares, por ejemplo, respecto a una lesión relacionada con el trabajo.

#### • Investigación. Aunque generalmente pediremos su autorización por escrito para cualquier uso o divulgación de su Información de Salud para fines de investigación, podemos utilizar o divulgar su Información de Salud bajo ciertas circunstancias sin su autorización por escrito donde nuestro comité de investigación haya renunciado a la exigencia de autorización.

#### • Comunicaciones para Recaudación de Fondos. De vez en cuando, podremos contactarlo por teléfono, correo electrónico o por escrito para solicitarle contribuciones deducibles de impuestos para apoyar nuestras actividades. De esta manera, podemos revelar a nuestro personal de recaudación de fondos cierta información demográfica sobre usted, como su nombre, dirección y número de teléfono, así como cierta información limitada. Usted tiene derecho de optar por no recibir estas comunicaciones y puede hacerlo en cualquier momento.

#### • Salud o Seguridad. Nosotros podemos usar o divulgar su Información de Salud cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza inminente, violencia física grave, contra usted u otra persona identificable, o una amenaza para el público en general.

#### • Militares y Veteranos. Para los miembros de las fuerzas armadas y para los veteranos, podemos divulgar su Información de Salud cuando sea requerida por las autoridades de comando militar. Si usted es un miembro de personal militar extranjero, también puede divulgarse su Información de Salud a la autoridad militar extranjera correspondiente.

#### • Funciones Gubernamentales Especializadas. Podemos divulgar su Información de Salud a las unidades gubernamentales con funciones especiales bajo ciertas circunstancias. Por ejemplo, puede divulgarse su Información de Salud a cualquiera de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o al Departamento de Estado de los Estados Unidos.

#### • Actividades de Inteligencia y Seguridad Nacional. Podemos divulgar su Información de Salud a funcionarios federales autorizados para fines de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional que pueden ser autorizados por la ley.

#### • Servicios de Protección del Presidente y Otros. Podemos divulgar su Información de Salud a funcionarios federales autorizados para propósitos de brindar protección al Presidente de los Estados Unidos, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para propósitos de llevar a cabo investigaciones especiales.

#### • Reclusos. Si usted es un recluso en una institución correccional o por lo contrario bajo la custodia de la ley, podemos divulgar su Información de Salud a la institución correccional o a funcionarios encargados de cumplir la ley cuando sea necesario:

- A la institución para que le proporcione atención médica;
- Para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás; o
- Para la protección y seguridad de la institución correccional

#### • Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su Información de Salud a organizaciones que manejan la adquisición o proveen órganos, tejidos o donaciones de ojo o trasplantes.

#### • Cuando es Requerido por Ley. Podemos utilizar o divulgar su Información de Salud en cualquier otra circunstancia distinta a las mencionadas anteriormente, cuando seamos requeridos por leyes o reglamentaciones estatales o federales.

#### • Participación HIE. Podemos utilizar o divulgar su Información de Salud en relación con el Intercambio electrónico de Información de Salud (HIE) en donde podamos participar en su tratamiento, aunque usted tenga seguro de salud y que lo puede cubrir y para evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a todos nuestros pacientes. Otros proveedores del cuidado de la salud, tales como médicos, hospitales y otras instalaciones de atención de salud, también pueden tener acceso a su información HIE con fines similares en la medida que sea permitido por la ley. Usted tiene el derecho de "opt-out" o negarse a participar en el HIE y nosotros le proporcionaremos este derecho a la mayor brevedad posible. Si usted escoge la opción de "opt-out" del HIE, no utilizaremos ni divulgaremos ninguna información en conexión con HIE.

### II. USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO,

En general, necesitamos su específica autorización por escrito en su Formulario de Autorización de HIPAA para usar o divulgar su Información de Salud para fines distintos a los mencionados en la Sección I. Por ejemplo, a fin de que le enviemos su información a su compañía de seguros de vida, necesitará firmar el Formulario de Autorización de HIPAA y decirnos qué información le gustaría enviar.

Buscaremos su específica autorización por escrito por lo menos para la siguiente información a menos que el uso o la divulgación fueran permitidos o requerido por la ley como se describió anteriormente:

Información sobre VIH/SIDA. En la mayoría de los casos, NO revelaremos ninguna información relacionada a su VIH/SIDA a menos que su autorización expresamente declare que lo podemos hacer. Sin embargo, hay ciertos propósitos, para lo cual se nos permite usar la información de su VIH/SIDA sin obtener su autorización expresa. Por ejemplo: (1) para su diagnóstico y tratamiento; (2) para investigación científica; (3) para gestión de auditorías,

auditorías financieras o evaluación del programa; (4) para educación médica; (5) para la prevención y control de enfermedades cuando es permitido por el New Jersey Department of Health and Senior Services (Departamento de Salud y Servicios para las Personas de la Tercera Edad de New Jersey); (6) para cumplir con cierto tipo de orden judicial; y (7) cuando sea requerido por ley, o el Departamento de Salud y Servicios para las Personas de la Tercera Edad u otra entidad. También debe tener en cuenta que podemos divulgar la información relacionada con su VIH/SIDA a terceros pagadores (como su compañía de seguros o HMO) con el fin de recibir el pago por los servicios que le prestamos.

**Información de enfermedad de transmisión sexual.** Nosotros debemos obtener su específica autorización por escrito antes de divulgar cualquier información que lo identifique por tener o ser sospechoso de tener una enfermedad transmitida sexualmente. Podemos utilizar y divulgar información relacionada con enfermedades de transmisión sexual sin obtener su autorización, sólo donde es permitido por la ley, incluyendo a oficiales de la fiscalía o el tribunal si usted siendo procesado bajo la ley estatal de New Jersey, al Departamento de Salud y Servicios para las Personas de la Tercera Edad, o a su médico o a una autoridad de salud, tales como el Consejo Local de Salud. Más aún su médico o a una autoridad de salud pueden divulgar su información de STD (Sexual Transmitted Disease) si él/ella lo consideren necesario para proteger la salud y el bienestar de usted, de su familia o la del público. Bajo la ley de New Jersey, nosotros podemos otorgar acceso a su información STD a petición de una persona (o su aseguradora) contra quienes usted ha iniciado una demanda por compensación o indemnización por sus lesiones personales.

**Información sobre Tuberculosis.** Nosotros debemos obtener su específica autorización por escrito antes de divulgar cualquier información que lo identifique por tener o ser sospechoso de tener tuberculosis (TB). Podemos utilizar y divulgar información relacionada con TB sin obtener su autorización solo en casos autorizados por la ley, incluyendo los casos con propósitos de investigación bajo ciertas condiciones, en virtud de una orden judicial válida, o cuando el Departamento de Salud y Servicios para las Personas de la Tercera Edad determine que dicha divulgación es necesaria para hacer cumplir las leyes de salud pública o para proteger la vida o la salud de una persona determinada.

- **Notas de Psicoterapia.** Nosotros debemos obtener su específica autorización por escrito antes de divulgar cualquier información sobre la psicoterapia a menos que sea permitido por la ley. Sin embargo, bajo ciertos propósitos podemos divulgar notas de psicoterapia, sin obtener su autorización por escrito, incluyendo las siguientes casos: (1) para realizar ciertos tratamientos, gestiones de pago o atención médica (p. ej. usos para los fines de su tratamiento, para nuestra propia formación, y para defendernos en una acción legal u otro procedimiento emprendido por usted), (2) para la Secretary of the Department of Health and Human Services (Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos) para que determinen si hemos cumplido con la ley, (3) cuando es requerido por ley, (4) para actividades de supervisión de salud autorizadas por la ley, (5) para los examinadores médicos o médicos forenses permitidos por la ley estatal, o (6) para los fines de evitar o disminuir una inminente o grave amenaza a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Información sobre Salud Mental.** Nosotros debemos obtener su específica autorización por escrito antes de revelar cierta información de salud mental o información que lo identifique de tener una condición de salud mental. Podemos usar y divulgar información relacionada con la salud mental sin obtener su autorización, sólo donde es permitido por la ley, incluyendo [Lista de ejemplos donde la ley estatal permita la divulgación de información sobre salud mental].
- **Información sobre Drogas y Alcohol.** Nosotros debemos obtener su específica autorización por escrito antes de revelar información relacionada con tratamiento de drogas y alcohol o rehabilitación bajo ciertas circunstancias tales como donde recibió tratamiento de alcohol o drogas en un centro o programa de tratamiento con fondos federales.
- **Información Genética.** Nosotros debemos obtener su específica autorización por escrito antes de usar o revelar su información genética para fines de operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Podemos utilizar o divulgar su información genética, o la información genética de su niño(a), sin su autorización escrita sólo en casos permitidos por la ley, incluyendo [Lista de ejemplos donde la ley estatal permitiría la divulgación de la información genética].
- **Información relacionada al tratamiento emancipado de un menor de edad.** Si usted es un menor de edad que busca un tratamiento emancipado de nosotros, tales como el tratamiento relacionado con su embarazo o tratamiento relacionado con su niño(a), o una enfermedad de transmisión sexual, debemos obtener su específica autorización por escrito antes de revelar a otra persona cualquier Información de su Salud relacionada con dicho tratamiento, incluyendo sus padres o tutores, a menos que sea permitido o requerido por la ley.
- **Actividades de mercadeo.** Nosotros debemos obtener su específica autorización por escrito para usar cualquiera de su Información de Salud para proporcionarle por correo, correo electrónico o teléfono, material de mercadeo. Sin embargo, sin su autorización podemos ofrecerle personalmente materiales de comercialización, además de poder comunicarnos con usted acerca de los servicios o productos que se relacionan con su tratamiento, manejo de casos, coordinación de la atención, tratamientos alternativos, terapias, proveedores o centros de atención. Si usted nos proporciona su autorización por escrito para enviarle materiales de mercadeo, usted tiene derecho a revocar su autorización en cualquier momento. Si usted desea revocar su autorización, por favor póngase en contacto con la Oficina de Privacidad al [número de teléfono de la oficina de privacidad] o escribir a [dirección de la oficina de privacidad].
- **Actividades donde recibimos dinero por dar información sobre su salud a un tercero.** Para determinadas actividades en las que recibiremos remuneración, directa o indirectamente, de un tercero a cambio de su Información de Salud, debemos obtener su específica autorización por escrito antes de hacerlo. Sin embargo, no necesitaríamos de su autorización para actividades tales como tratamiento, salud pública o con fines de investigación. Si usted nos proporciona su autorización por escrito, usted tiene derecho a revocar su autorización en cualquier momento. Si usted desea revocar su autorización, por favor póngase en contacto con la Oficina de Privacidad al [número de teléfono de la oficina de privacidad] o escribir a [dirección de la oficina de privacidad].

### III. SUS DERECHOS.

1. **Derecho a Solicitar Restricciones Adicionales.** Usted tiene el derecho a solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de su Información de Salud, tales como:

- Para tratamiento, pago y operaciones de atención médica,
- Para individuos involucrados en su cuidado o pago relacionado a su atención, o
- Para notificar o ayudar a las personas a localizarlo u obtener información acerca de su condición

Aunque consideraremos cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones adicionales sobre cómo usar o divulgar su Información de Salud, no estamos obligados a conceder su petición a menos que su petición se refiera únicamente a la divulgación de su Información de Salud a un plan de salud u otro pagador con el único propósito de las gestiones de pago o atención médica por un artículo o servicio de salud que usted o su representante nos hayan pagado por completo y en efectivo. Las solicitudes de restricciones deben ser por escrito. Si desea solicitar una restricción, por favor contacte la Oficina de Privacidad.

2. **Derecho a Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de hacer una solicitud por escrito para recibir su Información de Salud por medios alternativos y razonables de comunicación o en ubicaciones alternativas razonables.

3. **Derecho a Inspeccionar/Copiar Información de Salud.** Usted tiene derecho de inspeccionar y solicitar copias de su Información de Salud que mantenemos. Para obtener su Información de Salud que mantenemos en cualquier sistema designado de registro electrónico, usted puede solicitar una copia de dicha Información de Salud en un formato electrónico razonable, si es fácilmente producible. Sin embargo, en circunstancias limitadas, puede negársele el acceso a una parte de sus registros. Por ejemplo, si su médico considera que cierta información contenida en su historial médico puede ser perjudicial para usted, nosotros no le revelaremos esa información. Por favor póngase en contacto con [Responsible Department/Individual] (Departamento de Responsabilidad Individual) si usted desea que nosotros le permitamos inspeccionar o solicitar copias de su Información de Salud. Le podemos cobrar una tarifa razonable por copias en papel de su Información de Salud o una cantidad razonable de nuestros costos por obtener una copia de su Información de Salud en formato electrónico.

4. **Derecho a Notificación de Incumplimiento.** Nosotros asumimos muy en serio la confidencialidad de la información de nuestros pacientes, y la ley nos exige proteger la privacidad y seguridad de su Información de Salud a través de las debidas garantías. Le notificaremos en el caso de que ocurra un incumplimiento en la divulgación de la información sobre su salud donde implique o potencialmente implique la garantía de su Información de Salud y le informaremos cuáles son los pasos que usted puede seguir para protegerse.

5. **Derecho a Copia Impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad.** Usted puede solicitar en cualquier momento una copia por escrito de este aviso, incluso si previamente acordó recibir este aviso por correo electrónico u otro formato electrónico. Por favor, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad para obtener una copia impresa de esta notificación.

6. **Derecho a Revocar la Autorización.** Usted puede en cualquier momento revocar su autorización, así haya sido dada verbalmente o por escrito. Generalmente para revocar su autorización se requiere que sea por escrito poniéndose en contacto con nuestra Oficina de Privacidad. Toda revocación será concedida excepto en las que nosotros hayamos tomado medidas en relación a su autorización.

7. **Derecho a Solicitar Enmienda.** Usted puede solicitar que modifiquemos o cambiemos su Información de Salud que mantenemos, contactando [Responsible Department/Individual]. Cumpliremos con su petición a menos que:

- Consideremos que la información sea precisa y completa;
- Mantengamos la información que usted nos ha pedido que cambiemos, pero no hemos sido quienes hemos creado esa información ni somos los autores de la misma, por ejemplo, su historial médico que nos ha entregado otro médico y que han sido incorporados en sus registros médicos con nuestros médicos;
- La información no es parte del paquete de archivos designados o por el contrario no está disponible para su inspección.

Las solicitudes de modificación deben ser por escrito.

8. **Derecho a una Revisión.** Usted puede solicitar una revisión de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su Informe de Salud dentro del plazo de seis (6) años desde la fecha de su solicitud de revisión. La primera revisión que solicite dentro de un período de doce (12) meses es gratuita. Posteriormente, cualquier revisión solicitada puede tener un costo razonable por la declaración de revisión. Por favor póngase en contacto con la Oficina de Privacidad si usted desea solicitar acceso a una revisión. Generalmente responderemos a su solicitud por escrito dentro de los treinta (30) días desde el recibo de solicitud.

➤ **Derecho a una Revisión de Divulgaciones.** Usted puede solicitar una revisión de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su Informe de Salud de un grupo designado de registros dentro del período de tres años (3) partir de la fecha de su solicitud de revisión. La primera revisión solicitada dentro de un período de doce (12) meses es gratuita. Cualquier revisión solicitada posteriormente puede tener un costo razonable por la declaración de revisión. Por favor póngase en contacto con la Oficina de Privacidad si usted desea solicitar acceso a una revisión. Generalmente responderemos a su solicitud por escrito dentro de los treinta (30) días desde el recibo de la solicitud.

➤ **Derecho a solicitar un Informe de Acceso.** Usted puede solicitar un informe de acceso de todos sus Informes de Salud mantenidos en un grupo designado de registros electrónicos dentro del período de tres (3) años a partir de la fecha de su solicitud para el informe de acceso. El primer informe de acceso que solicite dentro de un período de doce (12) meses es gratuito. Cualquier revisión solicitada posteriormente puede tener un costo razonable por el informe de acceso. Por favor póngase en contacto con la Oficina de Privacidad si usted desea solicitar un informe de acceso. Generalmente responderemos a su solicitud por escrito dentro de los treinta (30) días desde el recibo de la solicitud.

### IV. NUESTROS DEBERES.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su Información de Salud y a proporcionarle una copia de este Aviso.

Estamos también obligados a acatar los términos de este Aviso.

Nos reservamos el derecho de enmendar este Aviso en cualquier momento en el futuro y hacer un nuevo Aviso de las disposiciones aplicables a toda su Información de Salud — incluso si fue creado antes del cambio en el Aviso. Sin embargo, si cambiamos este Aviso, sólo haremos cambios en la medida permitida por la ley. También el Aviso revisado estará disponible para usted publicándolo en un lugar donde todas las personas que acudan a nuestros servicios tengan acceso a leerlo [así como en nuestro sitio web en <http://>].

Usted puede obtener el nuevo Aviso impreso en nuestra Oficina de Privacidad.

### V. QUEJAS AL GOBIERNO.

Usted puede hacer las denuncias a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos ("DHHS") si usted considera que sus derechos han sido violados.

Nos comprometemos a no tomar represalias contra usted por cualquier queja que usted denuncie ante el gobierno sobre nuestras prácticas de privacidad.

### VI. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Puede comunicarse con nosotros acerca de nuestras prácticas de privacidad por escrito o llamando a la Oficina de Privacidad al:	Usted puede contactar el DHHS al:
Privacy Office Trinitas Regional Medical Center 225 Williamson Street Elizabeth, New Jersey 07207 Telephone Number: (908) 994-5317	Office for Civil Rights Department of HHS Jacob Javits Federal Building 26 Federal Plaza - Suite 3312 New York, NY 10278 Voice Phone (212) 264-3313 FAX (212) 264-3039 TDD (212) 264-2355

### VII. AVISO ELECTRÓNICO

Este Aviso de Prácticas de Privacidad también está disponible en nuestra página web en <https://www.TrinitasRMC.org>