

**En este aviso se describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a ella. Revíselo detenidamente.**

La palabra “nosotros” en este Aviso de Prácticas de Privacidad se refiere a NeighborHealth, incluido Neighborhood PACE y las siguientes personas:

- Cualquier profesional de salud autorizado para ingresar información en su expediente.
- Cualquier proveedor de atención médica que sea miembro del personal médico y dental de NeighborHealth.
- Todos los trabajadores de NeighborHealth, incluidos los empleados, el personal, los voluntarios y otro personal del centro de salud.

**Sus  
derechos**

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.**

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

**Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente clínico**

- Solicitar una copia electrónica o impresa de su expediente clínico y de otra información de salud que tengamos sobre usted llamando a la Correspondencia de Expedientes Clínicos al 617-568-4539.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud.

**Pedirnos corregir su expediente clínico**

- Puede pedirnos que corrijamos la información de salud que considere incorrecta o incompleta llamando al oficial de privacidad de NeighborHealth al 617-658-4465.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

**Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que lo contactemos por un medio en específico (por ejemplo, al teléfono de la casa o de la oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

**Designar a otra persona para ejercer sus derechos cuando usted no puede**

- Si usted no puede tomar decisiones sobre su atención médica y si le ha otorgado a alguien un poder notarial para cuestiones médicas o si tiene un tutor legal o apoderado para cuestiones médicas, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones con respecto a su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona esté autorizada y pueda decidir por usted antes de tomar alguna medida.

**Pedir un límite sobre lo que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que **no** usemos o compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su pedido y podemos negarnos si esto afectase su atención.
- Si paga el total de los servicios o artículos de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información para propósitos de pago o de nuestras operaciones con su seguro médico. Aceptaremos a menos que la ley nos exija compartir la información.

**Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud con personas que no pertenecen al centro de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quiénes la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otras divulgaciones particulares (como las que nos haya pedido).

**Obtener una copia de este aviso de privacidad**

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si acordó recibirlo de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

**Presentar una queja si siente que se han violado sus derechos.**

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos llamando al oficial de privacidad de NeighborHealth al 617-568-4465.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o ingresando en [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**Sus opciones**

**Para determinada información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos.** Hable con nosotros si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, podrá aceptar o rechazar lo siguiente:**

- Compartir información con sus familiares, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Que lo contactemos para propósitos de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no lo contactemos nuevamente.
- Compartir información con agencias que brindan ayuda humanitaria en casos de desastre (como la Cruz Roja o la Guardia Nacional).

**No compartimos su información para estos casos, a menos que nos dé permiso por escrito:**

- Propósitos comerciales
- Venta de información
- Tratamiento de VIH y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias

## Nuestra política de uso y divulgación

### ¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

<b>Brindar tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo atienden.</li> </ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Un médico que lo atiende por una lesión consulta a otro médico sobre su condición de salud general.</i>
<b>Administrar nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra instalación médica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li> </ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Usamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.</i>
<b>Facturar sus servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y compartir su información de salud para facturar los servicios que le hemos prestado.</li> </ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Proporcionamos su información de salud a su seguro médico para que este pague los servicios.</i>
<b>Comunicarnos con usted</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar su información de salud para comunicarnos con usted para informarle sobre el tratamiento y las instrucciones de la atención de seguimiento o sobre los servicios que brindamos.</li> </ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Podemos comunicarnos con usted para informarle sobre citas programadas o canceladas, registros o actualizaciones del seguro, asuntos de facturación o pago, evaluaciones previas al procedimiento, encuestas de satisfacción o resultados de pruebas.</i>

**¿De qué otras maneras podemos utilizar o compartir su información de salud?** Podemos compartir su información o tenemos la obligación de hacerlo de otras maneras que, por lo general, contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con varias condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

<b>Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenir enfermedades</li> <li>Colaborar con retiros de productos del mercado</li> <li>Informar sobre reacciones adversas de los medicamentos</li> <li>Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica</li> <li>Prevenir o reducir una amenaza grave contra la salud o la seguridad de cualquier persona</li> <li>Denunciar heridas de bala o puñaladas</li> </ul> </li> </ul>
<b>Investigar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.</li> </ul>
<b>Cumplir con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere asegurarse de que cumplimos con las leyes federales de privacidad.</li> </ul>
<b>Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información de salud con organizaciones para la obtención de órganos.</li> </ul>

<b>Trabajar con un médico forense o director de una funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de una funeraria cuando una persona fallece.</li> </ul>
<b>Abordar la compensación a los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar o compartir su información de salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>Para reclamos de compensación de trabajadores</li> <li>Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley</li> <li>Con agencias de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley</li> <li>Para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial</li> </ul> </li> </ul>
<b>Responder a demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.</li> </ul>

En algunas circunstancias, las leyes federales prohíben la divulgación de registros de consumo de sustancias sin su autorización por escrito. Además, por lo general, le pediremos su consentimiento o una orden judicial antes de compartir determinada información confidencial sobre usted, como documentación de psicoterapia, resultados de pruebas o de análisis de VIH, consentimiento para aborto, enfermedades de transmisión sexual, resultados de pruebas genéticas, información de los trabajadores sociales, asesoramiento para víctimas de violencia doméstica y asesoramiento para víctimas de agresiones sexuales.



## ¿De qué somos responsables?

### Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y proporcionarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la que se describe aquí, a menos que nos autorice por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento, a menos que hayamos actuado conforme su autorización previa para divulgar información. Infórmenos si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### ¿Por cuánto tiempo conservamos su información?

Registramos la información de salud de forma impresa, electrónica o fotográfica y la conservamos por al menos 20 años a partir del alta o del tratamiento final. Otros registros se conservan conforme a las leyes o regulaciones estatales y federales. Disponemos de copias de nuestras directrices de retención de expedientes clínicos que puede solicitar.

### Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible si lo solicita, en nuestras oficinas y en nuestro sitio web.

Participamos en intercambios de información de salud (HIE), como Care Everywhere de Epic. Usamos los HIE como un método para compartir, solicitar y recibir información de salud en formato electrónico con otras organizaciones de atención médica. Si tiene preguntas o si decide no compartir su información por medio de los HIE, comuníquese con nosotros usando la información de abajo.



## Contáctenos

**Cómo comunicarse con nosotros para** solicitar una copia de su expediente clínico, una enmienda a su expediente clínico, un informe de divulgaciones, una restricción, un medio de comunicación confidencial o para presentar una queja.

---

### Oficina de privacidad

- 10 Gove Street, East Boston, MA 02128
- Número telefónico de la oficina: 617-568-4465

---

### Expedientes clínicos (para solicitar expedientes clínicos)

- Número telefónico de la oficina: 617-568-4539
- 

**Este aviso entra en vigencia en abril de 2023**