



BETANCES HEALTH CENTER

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de inicio rige a partir del:
14 de abril de 2003

ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL PUEDE UTILIZARSE Y REVELARSE Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE REVISARLA DETENIDAMENTE.

La ley nos obliga a tratar con la debida reserva la información médica que pudiera revelar su identidad, y a entregarle una copia de esta notificación, la cual le explica las prácticas para proteger la privacidad de la información médica seguidas por nuestra clínica, su personal médico, y los proveedores afiliados que proporcionan conjuntamente con nuestra clínica atención médica. Una copia de la notificación vigente estará siempre a su disposición en el área de recepción. También podrá obtener sus propias copias al acceder a nuestro sitio web en www.betances.org, si llama a nuestra oficina, o si solicita una copia en su próxima visita.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación o si desea mayor información, sírvase llamar a nuestro Funcionario de privacidad al 212-227-8401 Ext. 102.

QUIÉN TIENE LA OBLIGACIÓN DE RESPETAR LAS DISPOSICIONES DE ESTA NOTIFICACIÓN

Betances Health Center, al igual que los médicos y otros profesionales y organizaciones de salud, proporcionan atención médica a los pacientes. Las personas o entidades siguientes respetarán las prácticas de privacidad aquí descritas:

- Cualquier profesional de atención médica que le dé tratamiento;
- Todos los empleados, el personal médico, personal en entrenamiento, estudiantes o voluntarios;
- Cualquier socio comercial de nuestra clínica (los cuales se describen más adelante.)

IMPORTANTE RESUMEN DE LA INFORMACIÓN

Requisito de autorización escrita. Generalmente obtendremos su autorización escrita antes de utilizar o compartir su información médica con terceros fuera de la clínica. También podrá iniciar la entrega de sus registros a otra persona llenando un formulario de autorización escrita. Si nos da su autorización escrita, siempre podrá revocarla, excepto en la medida que ya se haya tomado acción al respecto. Para revocar una autorización escrita, sírvase escribir a nuestro Funcionario de privacidad, Betances Health Center, 280 Henry Street, New York, NY 10002.



BETANCES HEALTH CENTER

Excepciones al requisito de autorización escrita. En algunas situaciones, no necesitaremos su autorización escrita antes de utilizar o compartir su información médica con terceros. Por ejemplo:

- **Excepciones para tratamiento, pagos y operaciones administrativas.** Podremos utilizar y revelar su información médica para tratar su condición, cobrar el pago de dicho tratamiento, o realizar nuestras operaciones administrativas. En algunos casos, también podremos revelar su información médica a otro proveedor de atención médica o pagador para sus gestiones de pago y ciertas operaciones administrativas. Para mayor información, consulte la página 4 de esta notificación.
- **Excepciones por motivos de necesidad pública.** Podremos utilizar o revelar su información médica en ciertas situaciones para cumplir con la ley o satisfacer necesidades públicas importantes. Por ejemplo, podremos compartir su información con funcionarios de salud pública de los departamentos de salud de la ciudad o del estado de Nueva York, autorizados para investigar y controlar la propagación de enfermedades. Para ver más ejemplos, consulte las páginas 4 a 6 de esta notificación.
- **Excepciones en caso de información parcial o totalmente privada de identidad.** Podremos utilizar o revelar su información médica si hemos eliminado cualquier información que podría identificarle, de modo que la información “no lleve identificación alguna.” También podremos utilizar y revelar información “parcialmente privada de identificación del paciente” si quien la recibe conviene por escrito en proteger la privacidad de ésta. Para mayor información, sírvase consultar las páginas 6 y 7 de esta notificación.

Cómo acceder a su información médica.

Generalmente, usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica. Para mayor información, sírvase consultar la página 7 de esta notificación.

Cómo corregir su información médica. Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica si cree que es inexacta o incompleta. Para mayor información, sírvase consultar la página 7 de esta notificación.

Cómo identificar a quienes hayan recibido su información médica. Usted tiene derecho a recibir una “lista de revelaciones”, que identifique a ciertas personas u organizaciones a quienes les hemos revelado su información médica, conforme a las disposiciones de protección descritas en esta Notificación de prácticas de privacidad. Muchas de las revelaciones rutinarias que hacemos serán excluidas de esta rendición de cuentas; sin embargo, esta última identificará muchas revelaciones no rutinarias de su información. Para mayor información, sírvase consultar la página 8 de esta notificación.

Cómo solicitar una mayor protección de la privacidad. Usted tiene derecho a solicitar mayores restricciones a nuestro modo de utilizar o compartir su información médica con terceros. No estamos obligados a convenir en su solicitud de restricción, pero si lo hacemos, quedaremos obligados por dicho acuerdo. Para mayor información, sírvase consultar las páginas 8 y 9 de esta notificación.

Cómo solicitar comunicación de forma más confidencial. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en la forma que le parezca más confidencial, como en su casa en



BETANCES HEALTH CENTER

vez del lugar de trabajo. Trataremos de complacer todas las solicitudes que sean razonables. Para mayor información, sírvase consultar la página 9 de esta notificación.

Cómo puede alguien actuar en su nombre. Usted tiene derecho a nombrar a un representante personal, quien podrá actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Los padres y guardianes generalmente tendrán derecho a controlar la privacidad de la información médica sobre menores de edad, a menos que a éstos se les haya permitido actuar en nombre propio.

Cómo enterarse sobre las medidas especiales de protección de la información sobre el VIH, el alcoholismo y el consumo de drogas, la salud mental y la genética. Se aplican medidas especiales de protección a la privacidad de la información relacionada con el VIH, el tratamiento contra el alcoholismo y el consumo de drogas, la salud mental y la genética. Es posible que algunas partes de esta notificación general de prácticas de privacidad no se apliquen a estos tipos de información. Si su tratamiento implica esta información, se le entregarán notificaciones separadas que le explicarán cómo se protegerá la información.

Cómo obtener una copia de esta notificación. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de esta notificación. Puede solicitar una copia impresa, aunque haya acordado recibir electrónicamente esta notificación. Para hacerlo, sírvase llamar a nuestro Funcionario de privacidad al 212-227-8401 Ext. 102. También puede obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio web en www.betances.org o solicitando la copia en su próxima visita.

Cómo obtener una copia de la notificación revisada. De cuando en cuando podremos cambiar nuestras políticas de privacidad. Si lo hacemos, corregiremos esta notificación para que usted tenga un resumen exacto de nuestras prácticas. Esta notificación revisada registrará toda su información médica. Fijaremos la notificación revisada en el área de recepción de nuestra clínica. También podrá obtener su propia copia de la notificación revisada, al acceder a nuestro sitio web en www.betances.org, si llama a nuestro Funcionario de privacidad al 212-227-8401 Ext.102 ó si solicita una copia en su próxima visita. La fecha de inicio de la vigencia de esta notificación siempre se anotará en la primera página, en la esquina superior derecha. Estamos obligados a acatar los términos de la notificación actualmente en vigor.

Cómo presentar una queja. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentarnos una queja, sírvase llamar a nuestra Oficina de quejas, Betances Health Center, 280 Henry Street, New York, NY 10002. Nadie tomará represalias ni acciones contra usted por presentar una queja.

INFORMACIÓN MÉDICA QUE ESTÁ PROTEGIDA

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información que reunimos acerca de usted mientras le prestamos servicios relacionados con la salud. Algunos ejemplos de la información médica protegida son:

- información que indique que usted es un paciente de la clínica o que está recibiendo de la misma tratamiento o servicios relacionados con la salud.
- información acerca de su estado de salud (como una enfermedad que pudiera padecer).
-



BETANCES HEALTH CENTER

- información acerca de productos o servicios de atención médica que haya recibido o es posible que reciba en el futuro (como una operación).
- información acerca de sus beneficios médicos bajo un plan de seguro (Por ejemplo, si el seguro cubre una receta para medicamentos) cuando está combinada con información demográfica (como su nombre, dirección o condición del seguro médico).
- números personales que puedan identificarle (como su número de seguro social, su número telefónico o el número de su licencia de conducir u otros tipos de información que puedan revelar quién es usted).

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN ESCRITA

Hemos incluido a continuación una descripción más detallada sobre cómo se puede utilizar y revelar su información médica sin su autorización escrita.

1. Tratamiento. Pago y operaciones administrativas

Podremos utilizar o compartir su información médica con terceros, para tratar su condición, obtener el pago de dicho tratamiento o realizar nuestras operaciones administrativas. En algunos casos, también podremos revelar su información médica para las gestiones de pago y ciertas operaciones administrativas de otro proveedor de atención médica o pagador de ésta. A continuación se relacionan ejemplos adicionales de cómo puede utilizarse y revelarse su información para estos propósitos.

Tratamiento. Podremos compartir su información médica con los doctores o enfermeras de la clínica que participan en su atención, y ellos a su vez podrán utilizar esa información para hacerle diagnósticos o darle tratamiento. Los doctores de nuestra clínica podrán compartir información entre ellos, o con un doctor de otro hospital, para determinar el diagnóstico o tratamiento. Su doctor también podrá compartir su información médica con otro doctor al que usted haya sido remitido para recibir atención adicional.

Pago de servicios. Podremos utilizar o compartir su información médica con terceros para poder obtener el pago de los servicios médicos que recibió. Por ejemplo, podremos compartir información personal con su compañía de seguros para obtener el reembolso después de haberle tratado, o para determinar si dicho tratamiento está cubierto. Por último, podremos compartir su información con otros proveedores de atención médica y pagadores para que realicen las gestiones de pago.

Operaciones administrativas. Podremos utilizar o compartir su información médica con terceros, para conducir nuestras operaciones administrativas. Por ejemplo, podremos utilizar su información médica para evaluar la actuación de nuestro personal con respecto a su atención médica, o adiestrarlos para mejorar la atención que le brindan. Por último, podremos compartir su información médica con otros proveedores y pagadores para algunas de sus actividades administrativas si la información está vinculada con una relación que usted tiene actualmente, o que tuvo, con los proveedores o pagadores, y si éstos están obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica.



BETANCES HEALTH CENTER

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios. En el transcurso de su tratamiento, podremos utilizar su información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios en la clínica. También podremos utilizar su información médica para recomendarle posibles alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Recaudación de fondos. Para apoyar nuestras operaciones administrativas, podremos utilizar información demográfica la cual incluye su edad y sexo, lugar donde vive o trabaja, y las fechas en que recibió tratamiento, con el objeto de comunicarnos con usted para recaudar fondos para nuestras operaciones administrativas. También podremos compartir esta información con una fundación de beneficencia que se comunicará con usted para recaudar fondos en nuestro nombre.

Socios comerciales. Podremos revelar su información médica a contratistas, agentes y otros socios comerciales que necesiten la información para ayudarnos a obtener el pago o realizar nuestras operaciones administrativas. Por ejemplo, podremos compartir su información médica con una compañía de facturación que nos ayuda a obtener el pago de su compañía de seguros. Otro ejemplo es que podremos compartir su información médica con una firma de contabilidad, bufete de abogados u organización de manejo de riesgos que nos asesore profesionalmente acerca de la manera de mejorar nuestros servicios médicos y cumplir con la ley. Si revelamos su información médica a un socio comercial, suscribiremos un contrato escrito con éste para garantizar que también proteja la privacidad de su información médica.

2. Necesidad pública

Podremos utilizar o compartir su información médica con terceros, para cumplir con la ley o para satisfacer las necesidades públicas importantes que se describen a continuación.

En los casos previstos por la ley. Podremos utilizar o revelar su información médica si la ley nos exige hacerlo. También le notificaremos sobre estas utilidades y revelaciones si la ley nos lo exige.

Actividades de salud pública. Podremos revelar su información médica a funcionarios de salud pública autorizados (o agencias gubernamentales extranjeras que colaboran con dichos funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus funciones de salud pública. Por ejemplo, podremos compartir su información médica con funcionarios de gobierno que son responsables del control de las enfermedades, lesiones o discapacidad. También podremos revelar su información médica, si lo autoriza la ley, a personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad contagiosa o puedan estar a riesgo de contraer o propagar dicha enfermedad. Por último, podremos revelar cierta información médica sobre usted a su empleador si éste nos contrata para que le practiquemos un examen físico y descubrimos que tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que el empleador debe conocer a efectos de cumplir con las leyes de empleo.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Podremos revelar su información médica a una autoridad de salud pública que esté autorizada para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, podremos reportar su información a funcionarios de gobierno si creemos razonablemente que usted ha sido víctima de tal abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos todos los esfuerzos para obtener su autorización antes de revelar esta información, pero en algunos casos podremos estar obligados o autorizados a actuar sin su autorización.



BETANCES HEALTH CENTER

Actividades de supervisión de la salud. Podremos revelar su información médica a agencias gubernamentales autorizadas para conducir auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales supervisan la operación del sistema de atención médica, programas de beneficios como Medicare y Medicaid, y el cumplimiento de programas normativos del gobierno y las leyes en materia de derechos civiles.

Supervisión, reparación y retiro de productos del mercado. Podremos revelar su información médica a una persona o compañía que esté regulada por la Administración de Alimentos y Fármacos para los siguientes propósitos:

- (1) informar o dar seguimiento a defectos o problemas con productos.
- (2) reparar, reemplazar o retirar del mercado, productos defectuosos o peligrosos.
- (3) supervisar el funcionamiento de un producto después que ha sido aprobado para uso del público en general.

Demandas y disputas. Podremos revelar su información médica si así lo ordena una corte o tribunal administrativo que está manejando una demanda u otra disputa.

Aplicación de la ley. Podremos revelar su información médica a funcionarios policíacos por las siguientes razones:

- Para cumplir con órdenes de la corte o leyes vigentes;
- Para asistir a los funcionarios policíacos en identificar o localizar sospechosos, fugitivos, testigos o personas desaparecidas;
- Si usted ha sido víctima de un delito y determinamos que: (1) no nos fue posible obtener su autorización debido a una situación de emergencia o a su incapacidad; (2) los funcionarios policíacos necesitan esta información inmediatamente para llevar a cabo sus funciones; y (3) a nuestro juicio profesional, la revelación a la policía es lo mejor para usted;
- Si sospechamos que su fallecimiento es el resultado de una conducta criminal;
- Si es necesario para reportar un delito que ocurrió en nuestras instalaciones; o
- Si es necesario para reportar un delito descubierto durante una emergencia médica fuera de las instalaciones (por ejemplo, un delito descubierto por los técnicos en emergencias médicas en la escena del crimen)

Para impedir serias e inminentes amenazas a la salud o seguridad. Podremos utilizar o compartir su información médica con terceros cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. En tales casos, sólo compartiremos su información con personas que puedan ayudar a prevenir esa amenaza. También podremos revelar su información médica a funcionarios policíacos si usted nos dice que participó en un delito violento que pudo haber ocasionado lesiones físicas graves a otra persona (a menos que usted haya admitido ese hecho mientras se encontraba en orientación), o si determinamos que escapó de la custodia legítima (como una prisión o institución de salud mental.)



BETANCES HEALTH CENTER

Seguridad nacional y actividades de inteligencia o servicios de protección. Podremos revelar su información médica a funcionarios federales autorizados para conducir actividades de seguridad nacional e inteligencia, o para proveer servicios de protección al Presidente u otros funcionarios importantes.

Miembros de las fuerzas armadas y veteranos. Si usted forma parte de las fuerzas armadas, podremos revelar su información médica personal a las autoridades de comando militar correspondientes para actividades que ellos consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar. También podremos revelar información médica de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Presos y correccionales. Si usted es un preso o si le detiene un funcionario policíaco, podremos revelar su información médica a los funcionarios de la prisión o los funcionarios policíacos si es necesario para proporcionarle atención médica o mantener la seguridad, protección y buen estado del lugar en el que se encuentre confinado. Esto incluye compartir información que sea necesaria para proteger la salud y seguridad de otros presos o de las personas que supervisen o transporten a los presos.

Seguro de Accidentes de Trabajo. Podremos revelar su información médica para programas de seguros de accidentes de trabajo, u otros programas similares, que proporcionan beneficios en caso de lesiones relacionadas con el trabajo.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. En el desafortunado caso de que usted fallezca, podremos revelar su información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa del fallecimiento. También podremos revelar esta información a directores de funerarias según haga falta para realizar sus funciones.

Donación de órganos y tejidos. En el desafortunado caso de que usted fallezca, podremos revelar su información médica a organizaciones que manejan la obtención o almacenamiento de órganos, ojos u otros tejidos, para que estas organizaciones puedan investigar si es posible la donación o trasplante bajo las leyes aplicables.

Investigación. En la mayoría de los casos, le pediremos su autorización escrita antes de utilizar o compartir su información médica con terceros con fines de investigación. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, podremos utilizar y revelar su información médica sin su autorización escrita, si obtenemos aprobación a través de un proceso especial para garantizar que la investigación sin su autorización escrita plantee mínimos riesgos para su privacidad. No obstante, bajo ninguna circunstancia, permitiremos que los investigadores utilicen su nombre o identidad públicamente. También podremos revelar su información médica sin su autorización escrita a personas que estén preparando un proyecto de investigación en el futuro, en tanto que la información que le identifique no salga de nuestras instalaciones. En el desafortunado caso de que usted fallezca, podremos compartir su información médica con personas que estén conduciendo una investigación y utilicen información de personas fallecidas, en tanto convengan en no extraer de nuestras instalaciones ninguna información que le identifique.

3. Información que no le identifica en absoluto, o que le identifica parcialmente.

Podremos utilizar y revelar su información médica si hemos eliminado cualquier información que pueda identificarle, de manera que la información “no le identifique en absoluto.” También podremos utilizar y revelar información médica “que le identifique parcialmente” si la persona que recibirá la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información, como lo



BETANCES HEALTH CENTER

requiere la ley federal y estatal. La información médica que le identifique parcialmente no incluirá ninguna información que le identificaría directamente (como su nombre, dirección, número de seguro social, número telefónico, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia de conducir.)

4. Revelaciones accidentales

Aunque tomaremos las medidas razonables para salvaguardar la privacidad de su información médica, es posible que ocurran ciertas revelaciones de su información durante o como resultado inevitable de los usos y revelaciones permisibles o de otra forma, de su información médica. Por ejemplo, durante una sesión de tratamiento, otros pacientes en el área de tratamiento podrían ver o escuchar conversaciones concernientes a su información médica.

SU DERECHO A ACCEDER Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Queremos que sepa que tiene los siguientes derechos a acceder y controlar su información médica. Este derecho es importante porque le ayudará a asegurarse que la información médica que tenemos sobre usted es exacta. También puede ayudar a controlar la forma en que utilizamos y compartimos su información con terceros, o la forma en que nos comunicamos con usted acerca de temas médicos.

1. Derecho a inspeccionar y copiar su información

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar toda su información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención y tratamiento, siempre que conservemos esta información en nuestros registros. Esto incluye registros médicos y de facturación. Para inspeccionar u obtener una copia de su información médica, sírvase enviar su solicitud escrita al Departamento de Registros Médicos de Betances Health Center. Si solicita una copia de la información, podremos cobrar una cuota por los costos de copiado, envíos u otros artículos relacionados con su solicitud. El costo estándar es de \$0.75 por página y generalmente deberá pagarse por anticipado o en el momento en que se le entreguen las copias.

Responderemos a su solicitud de inspección de registros en un plazo de 10 días. Si se requiere tiempo adicional para responder a su solicitud de copias, le notificaremos en el plazo especificado anteriormente la razón de la demora, y cuándo podrá tener una respuesta final. En circunstancias muy limitadas, podremos denegar su solicitud para inspeccionar u obtener una copia de su información. Si lo hacemos, le proporcionaremos un resumen de la información. También le daremos una notificación escrita que explique nuestras razones para entregarle sólo un resumen, y una descripción completa de su derecho a que se reconsidere la decisión y de cómo podrá ejercer ese derecho. Esta notificación también incluirá información sobre cómo presentar una queja, relacionada con estos temas, ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tenemos una razón para denegar parcialmente su solicitud, le brindaremos acceso total a la parte restante una vez excluida la información que no sea posible que inspeccione o copie.

2. Derecho a modificar la información.

Si usted cree que la información médica que tenemos acerca de usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que modifiquemos dicha información. Usted tiene derecho a solicitar una modificación durante todo el tiempo que dicha información permanezca en nuestros



BETANCES HEALTH CENTER

archivos. Para solicitar una modificación, sírvase escribir al Departamento de Registros Médicos de Betances Health Center. Su solicitud deberá indicar las razones por las cuales piensa que deberíamos hacer la modificación. Generalmente responderemos a su solicitud en 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder, le notificaremos por escrito en un plazo de 60 días la razón de la demora, y el tiempo en que puede esperar una respuesta final. El doctor u otro proveedor de atención médica no están obligado a hacer tales modificaciones. Usted puede presentar una manifestación de desacuerdo si se deniega su solicitud de modificación, y pedir que esta solicitud y cualquier denegación se adjunten a toda revelación de información médica protegida que se haga en el futuro.

3. Derecho a solicitar una rendición de cuentas de las revelaciones.

A partir del 14 de abril de 2003, usted tiene derecho a solicitar una “rendición de cuentas de las revelaciones”, la cual identifique a ciertas personas u organizaciones a quienes les hemos revelado su información médica, conforme a las leyes y disposiciones de protección aplicables otorgadas en esta notificación de prácticas de privacidad. Una rendición de cuentas de las revelaciones no describe las maneras en las que se ha compartido su información médica dentro de la clínica y sus instalaciones, siempre que se hayan cumplido las demás disposiciones de protección descritas en esta notificación de prácticas de privacidad (como la obtención de las aprobaciones necesarias antes de compartir su información médica con nuestros médicos para propósitos de investigación.)

Una rendición de cuentas de las revelaciones tampoco incluye información acerca de:

- Revelaciones hechas a usted o a su representante personal;
- Revelaciones hechas conforme a su autorización escrita;
- Revelaciones hechas para tratamiento, pagos u operaciones administrativas;
- Revelaciones hechas a amigos y familiares que participan en su atención o pago por su atención;
- Revelaciones accidentales a los usos y revelaciones permisibles de su información médica (por ejemplo, cuando la información la escucha otra persona que va pasando);
- Revelaciones para propósitos de investigación, salud pública u operaciones administrativas de partes limitadas de su información médica que no le identifican directamente a usted;
- Revelaciones hechas a funcionarios federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia;
- Revelaciones acerca de presos a correccionales o funcionarios policíacos;
- Revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

Para solicitar una rendición de cuentas de las revelaciones, sírvase escribir al Departamento de Registros Médicos de la clínica. Su solicitud deberá incluir un período de tiempo dentro de los seis años anteriores (pero después del 14 de abril de 2003), para las revelaciones que desea que incluyamos. Por ejemplo, puede solicitar una lista de las revelaciones hechas entre el 1º de



BETANCES HEALTH CENTER

enero de 2004 y el 1º de enero de 2005. Tiene derecho a recibir una rendición de cuentas gratis cada 12 meses. Sin embargo, podremos cobrarle el costo de proporcionarle una rendición de cuentas adicional en el mismo período de 12 meses. Siempre le notificaremos de los costos correspondientes de modo que pueda elegir entre retirar y modificar su solicitud antes de que se incurra en cualquier gasto.

Generalmente responderemos a su solicitud de rendición de cuentas dentro de un lapso de 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder a su solicitud, le notificaremos por escrito la razón de la demora y la fecha en que puede esperar recibir la rendición de cuentas. En casos poco comunes, es posible que se demore la entrega de la rendición de cuentas sin que se lo notifiquemos, debido a que esto fue exigido por un funcionario policíaco o una agencia gubernamental.

4. Derecho a solicitar una mayor protección de la privacidad.

Usted tiene derecho a solicitar que imponamos restricciones adicionales a la forma en que utilizamos y revelamos su información médica para darle tratamiento, cobrar el pago de dicho tratamiento o realizar nuestras operaciones administrativas. También puede solicitar que limitemos la información que se revela sobre usted, a la familia o amigos que participan en su atención. Para solicitar restricciones, sírvase escribir al Funcionario de privacidad, Betances Health Center, 280 Henry Street, New York, NY 10002. Su solicitud deberá indicar:

- 1) Cuál información desea limitar;
- 2) Si desea limitar cómo utilizamos la información, como la compartimos con terceros, o ambas cosas; y
- 3) A quién desea que se apliquen estos límites.

Sírvase tomar en cuenta que no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción, y que en algunos casos, la restricción que solicita puede estar prohibida por la ley.



BETANCES HEALTH CENTER

5. Derecho a solicitar comunicación de forma confidencial.

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con relación a temas médicos de una forma más confidencial, pidiéndonos que nos comuniquemos con usted por medios, y en lugares alternos. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted en su casa y no en el lugar del trabajo. Para solicitar comunicaciones de forma más confidencial, sírvase escriba al Departamento de Registros Médicos de la clínica. No le preguntaremos la razón de su solicitud y trataremos de complacer todas las solicitudes razonables. Sírvase especificar en su solicitud cómo o dónde desea que se le llame, y cómo se manejará el pago por su atención si nos comunicamos a través de este método o lugar alternos.