

**SUMMIT
MEDICAL
GROUP**

1 Diamond Hill Road • Berkeley Heights, NJ 07922 • summitmedicalgroup.com

RESUMEN DE LA NOTIFICACIÓN ACERCA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Summit Medical Group

Fecha de entrada en vigencia: Marzo de 2013

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTA NOTIFICACIÓN? Esta Notificación de Prácticas de Privacidad (Notificación) describe la manera en la que Summit Medical Group (“SMG”) puede utilizar y divulgar la información médica que mantenemos sobre usted y la manera en la que usted puede acceder a esta información.

¿QUIÉNES SOMOS? SMG es una empresa médica que abarca una gran cantidad de especialidades y está conformada por médicos, enfermeros, empleados y otros profesionales de la salud. Esta Notificación se aplica a todos los servicios que usted recibe en SMG.

¿POR QUÉ NECESITA ESTA NOTIFICACIÓN? La *Health Insurance Portability and Accountability Act* (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos) de 1996, modificada por la *Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act*, (Ley sobre Uso de la Tecnología de la Información en el Ámbito de la Práctica Clínica y de la Economía de la Salud y de la Asistencia Sanitaria) nos impone ciertas obligaciones en relación con la manera en la que podemos utilizar la **información de carácter personal en materia de salud y asistencia sanitaria protegida por la ley** que tenemos sobre usted (PHI, por su sigla en inglés). Su PHI incluye su información médica, como su historia clínica y la asistencia y los servicios médicos que usted recibió. Estamos comprometidos a proteger la privacidad de su PHI. Cuando debamos utilizarla o divulgarla, cumpliremos con todas las condiciones de esta Notificación. Cuando se nos permita o nos exijan que compartamos su PHI con terceros, solo brindaremos los datos **mínimos necesarios** para responder a la necesidad o solicitud.

¿CUÁNDO PODEMOS UTILIZAR/DIVULGAR SU PHI? Hay determinados usos y divulgaciones de su PHI para los que **no necesitaremos su autorización por escrito ni ninguna otra autorización**. El objetivo de estos usos y divulgaciones puede ser brindarle tratamiento, obtener el pago de los servicios que le hemos prestado y otras operaciones de atención médica (administrativas, mejora de la calidad, estudios de costos y las demás actividades que se diseñaron para mejorar la atención que les brindamos a todos nuestros pacientes). Las personas que pueden acceder a su información **sin necesidad de obtener su consentimiento por escrito ni ninguna otra autorización** incluye a médicos, enfermeros y demás personal de SMG, estudiantes de medicina y otros individuos calificados similares que participan de su atención. Otros ejemplos: la PHI que se informa a sus parientes, a amigos cercanos o cuidadores no profesionales, para actividades y funcionarios relacionados con la salud pública, para informar casos de abuso o negligencia en el modo en el que lo exija la ley, para las actividades de supervisión sanitaria, para trámites judiciales y administrativos, a las aseguradoras de riesgos del trabajo y a los individuos y para las actividades que establece esta Notificación.

DEBEMOS OBTENER SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA CUALQUIER USO O DIVULGACIÓN QUE NO ESTÉ INCLUIDA EN ESTA NOTIFICACIÓN. Usted puede revocar esta autorización EN CUALQUIER MOMENTO. Además de obtener su autorización para los usos o las divulgaciones que se incluyen en esta Notificación, generalmente deberemos solicitar su autorización por escrito antes de divulgar la siguiente información:

- Información relacionada con el HIV o el SIDA
- Información relacionada con enfermedades de transmisión sexual
- Información sobre tuberculosis
- Apuntes de psicoterapia
- Información sobre la salud mental
- Información relacionada con las drogas y el alcohol
- Información genética
- Información para la que usted, si es un menor, solicitó tratamiento emancipado (por ejemplo, la atención vinculada con su embarazo o hijo, enfermedades de transmisión sexual, etc.).



**SUMMIT
MEDICAL
GROUP**

1 Diamond Hill Road • Berkeley Heights, NJ 07922 • summitmedicalgroup.com

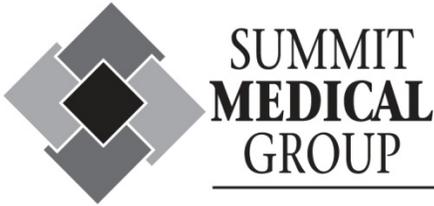
También le solicitaremos su autorización por escrito para cualquier actividad de *marketing* que llevemos a cabo o en los casos en los que recibiríamos dinero por entregarle su PHI a un tercero.

¿QUÉ DERECHOS TIENE USTED EN RELACIÓN CON SU PHI? Usted tiene el derecho de pedirnos que limitemos ciertos usos y divulgaciones de su PHI. Consideraremos TODAS las solicitudes pero es posible que no *debamos* aceptar las limitaciones que usted solicitó (excepto las que se describen en detalle en la Notificación acerca de las Prácticas de Privacidad). Usted también tiene el derecho de analizar y recibir copias de su PHI (por un monto razonable basado en los costos), el derecho de solicitar que se realice un cambio o una enmienda a su PHI, el derecho de ser notificado en caso de que se viole su PHI no asegurada, el derecho de recibir una lista de determinadas divulgaciones de su PHI y el derecho de revocar cualquier autorización que pueda haber otorgado en la medida que no la hayamos utilizado. También tiene el derecho de recibir una copia en papel de esta Notificación en cualquier momento.

¿PODEMOS MODIFICAR ESTA NOTIFICACIÓN? Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento. La Notificación modificada se aplicará a toda la PHI que conservemos. Sin embargo, si modificamos esta Notificación, los cambios que hagamos solo se harán en la medida que lo permita la ley. También haremos que la Notificación modificada esté disponible para usted: la publicaremos en un lugar en el que todos los individuos que nos solicitan servicios puedan leer la Notificación. Esta Notificación estará publicada en nuestra página web y en http://www.summitmedicalgroup.com/about/HIPAA_and_Your_Privacy/. Usted también podrá obtener una copia física de la nueva Notificación si se la solicita a nuestro Representante de Privacidad, con el que puede comunicarse al 908-790-6558.

INFORMACIÓN ADICIONAL/RECLAMOS. Usted puede comunicarse con su Representante de Privacidad si desea obtener información adicional o si tiene alguna pregunta relacionada con esta Notificación o con su PHI. Si usted cree que violaron sus derechos de privacidad, también puede comunicarse con el Representante de Privacidad, con nuestro Departamento de Legales O realizar un reclamo en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. **NO tomaremos represalias si usted realiza un reclamo con nosotros o en la Oficina de Derechos Civiles.**

ESTE SOLO ES UN RESUMEN DE LOS DERECHOS Y LAS OBLIGACIONES QUE CONTIENE ESTA NOTIFICACIÓN. LEA CUIDADOSAMENTE LA NOTIFICACIÓN COMPLETA QUE FIGURA DEBAJO. SUS PREGUNTAS SON BIENVENIDAS.



SUMMIT
MEDICAL
GROUP

1 Diamond Hill Road • Berkeley Heights, NJ 07922 • summitmedicalgroup.com

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: Marzo de 2013

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA CON CUIDADO.

I. QUIÉNES SOMOS

Esta Notificación describe las prácticas de privacidad de Summit Medical Group (“SMG”) y la de nuestros médicos, enfermeros, empleados y demás personal. Esta Notificación se aplica a todos los servicios que usted recibe en SMG y a todas nuestras instalaciones.

II. POR QUÉ USTED NECESITA ESTA NOTIFICACIÓN

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de su **información de carácter personal en materia de salud y asistencia sanitaria protegida por la ley** (“PHI”). Su PHI incluye información médica, como su historia clínica y la asistencia y los servicios que nosotros le brindamos. Necesitamos esta información para darle la atención que usted necesita y también para cumplir con ciertas obligaciones legales que tengamos.

La *Health Insurance Portability and Accountability Act* (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos) de 1996, modificada por la *Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act*, (Ley sobre Uso de la Tecnología de la Información en el Ámbito de la Práctica Clínica y de la Economía de la Salud y de la Asistencia Sanitaria) nos impone ciertas obligaciones en relación con su PHI y nos exige que mantengamos la confidencialidad de la información de carácter médico que tengamos sobre usted. Nos tomamos en serio esta obligación y cuando debamos utilizar o divulgar su PHI, cumpliremos con todas las condiciones de esta Notificación. Cuando se nos permita o nos exijan que compartamos su PHI con terceros, solo brindamos los datos **mínimos necesarios** para responder a la necesidad o solicitud.

III. USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI QUE NO EXIGEN QUE CONTEMOS CON SU AUTORIZACIÓN

La ley nos permite que utilicemos y divulguemos su PHI sin contar con su autorización por escrito ni con ninguna otra autorización en determinadas circunstancias que se describen debajo. Esto significa que no debemos preguntarle antes de utilizar o divulgar su PHI para propósitos tales como brindarle tratamiento, solicitar el pago de nuestros servicios, o para las operaciones de atención médica. También podemos utilizar o divulgar su PHI sin preguntarle para otras actividades o si la solicitan funcionarios estatales o federales.

➤ Tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- **Tratamiento:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para brindarle tratamientos o servicios médicos. Podemos utilizar su PHI o divulgarla a nuestros doctores, enfermeros empleados y demás personal que esté involucrado en su atención. También podemos divulgar su PHI a los individuos que no pertenecen a nuestra institución, tales como familiares, amigos o cuidadores no profesionales, párrocos, hogares de ancianos y a otros proveedores de atención médica que participen en el cuidado de su salud.
- **Pago:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para que nuestros profesionales y demás profesionales de la salud obtengan el pago por los tratamientos o servicios médicos que le brindaron. Esto significa que podemos brindarle a su plan de salud u obra social información relacionada con el tratamiento que usted recibió de nuestra parte, tales como radiografías o exámenes, para que podamos recibir el pago por tales servicios en forma adecuada. También podemos comunicarnos con su plan de salud u obra social en relación con



cualquier tratamiento o servicios que le vayamos a prestar en el futuro con el fin de solicitar autorización o averiguar si su plan de salud u obra social se hará cargo del pago del tratamiento o de los servicios.

- *Operaciones de atención médica:* Podemos utilizar o divulgar su PHI para nuestras operaciones internas de atención médica, tales como administración, planificación, mejora de la calidad y otras actividades que nos ayudan a brindarle una atención médica de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar su PHI para evaluar a nuestros médicos, enfermeros y empleados, o para brindarles educación y capacitación. Nuestro personal administrativo también puede utilizar y divulgar su PHI para coordinar su atención médica y responder a cualquier pregunta que usted pueda tener. Además, podemos brindarle su PHI a nuestros contadores, abogados y a otros consultores con el fin de asegurarnos de que estamos cumpliendo con las leyes que nos afectan. También podemos utilizar o divulgar su PHI para recordarle los turnos que usted programó con nuestros médicos o con otros profesionales de la salud.
- Alternativas de tratamiento, prestaciones y servicios de salud. Podemos utilizar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted en relación con las opciones y alternativas de tratamiento, o para brindarle recomendaciones que le pueden interesar. También podemos utilizar y divulgar su PHI para brindarle información sobre prestaciones y servicios de salud que le pueden interesar. Usted tiene el derecho de decidir no recibir estas comunicaciones y puede hacerlo en cualquier momento. Si usted decide dejar de recibir estas comunicaciones en el futuro, comuníquese con el Representante de Privacidad al 908-277-8686 o por escrito, a 150 Floral Avenue, New Providence, NJ 07974.
- Otros proveedores de atención médica. Podemos divulgar su PHI a otros profesionales de salud cuando lo necesiten para brindarle tratamiento, para obtener el pago de los servicios que le prestaron o para sus propias operaciones de atención médica .
- Divulgaciones a parientes, amigos cercanos, cuidadores no profesionales. Podemos divulgar su PHI a familiares y parientes, amigos cercanos, cuidadores no profesionales o a otros individuos que usted identifique, en tanto que:
 - contemos con su consentimiento;
 - le brindemos la oportunidad de oponerse la divulgación y usted no se oponga
 - o si inferimos de manera razonable que usted no se opondría a la divulgación.

Si usted no está presente, o a causa de su discapacidad o una emergencia, no puede aceptar u oponerse a un determinado uso o divulgación, podemos utilizar nuestro criterio profesional para decidir si tal uso o divulgación es lo que más le conviene a usted. Cuando divulguemos información a familiares, parientes o a un amigo cercano, solo le divulgaríamos la información que creemos que pertinente y se relacione en forma directa con la participación de esta persona en su atención médica o con el pago de su atención médica. También divulgaremos su PHI para notificar o ayudar a notificar a tales personas acerca de su ubicación, estado general o fallecimiento. En cualquier momento, usted puede solicitar que NO divulguemos su PHI a ninguna de estas personas.

- Actividades de salud pública. Podemos divulgar su PHI a los fines de ciertas actividades de salud pública según lo exija la ley, como por ejemplo:
 - para brindar información a las autoridades de salud pública con el fin de prevenir o controlar una enfermedad, una herida o una discapacidad;
 - para informar cierta información sobre las vacunas cuando lo exija la ley, como el registro de vacunación del estado, o al colegio de su hijo;
 - para informar los nacimientos y los fallecimientos;
 - para denunciar el abuso de niños ante las autoridades de salud pública o ante las autoridades gubernamentales autorizadas por la ley para recibir tales informes;
 - para brindar información acerca de productos o servicios bajo la supervisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos, tales como las reacciones a los medicamentos;



SUMMIT MEDICAL GROUP

1 Diamond Hill Road • Berkeley Heights, NJ 07922 • summitmedicalgroup.com

- para notificarlo a usted y a otros pacientes acerca de partidas que se retiran y que puedan afectarlo;
 - para alertar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que de otro modo corra el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o un problema de salud y
 - para informar a su empleador de acuerdo con lo que exigen las leyes relacionadas con las enfermedades o heridas laborales o el control médico en el lugar de trabajo.
- Actividades para controlar la salud. Podemos divulgar su PHI a un organismo de control de salud, tales como Medicaid o Medicare, que controlan los sistemas de atención médica y la prestación de tales servicios, brindar asistencia en auditorías o en las investigaciones que se diseñaron para asegurar el cumplimiento de tales programas de atención de salud gubernamentales.
- Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. En los casos en los que tengamos razones para creer que usted es o puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su PHI a la autoridad gubernamental adecuada, incluidas las agencias de servicios sociales o las agencias que brindan el servicio de protección autorizadas por ley a recibir tales informes.
- Trámites judiciales y administrativos. Podemos divulgar su PHI de conformidad con una orden judicial, una citación u otro proceso legal durante el transcurso de un trámite judicial o administrativo. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI durante el transcurso de un juicio que usted inició en contra de alguien por daños a causa de las heridas personales que usted recibió de parte de esa persona o empresa.
- Funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes. Podemos divulgar su PHI a la policía u otros oficiales encargados de hacer cumplir las leyes como lo exija o lo permita la ley o a causa de una orden judicial, citación o proceso legal. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a la policía para identificar un sospechoso, un fugitivo, un testigo importante o una persona desaparecida. También podemos divulgar su PHI a la policía en los casos en los que pueda estar relacionada con una muerte que creamos sea el resultado de una conducta criminal o de una conducta criminal dentro de nuestras instalaciones. También podemos divulgar su PHI cuando sea necesario durante una emergencia con el fin de informar un crimen, identificar la víctima de un crimen, o identificar o ubicar la persona que puede haber cometido un crimen.
- Defunciones. Podemos divulgar información sobre su salud a un médico forense para identificar o determinar la causa de la muerte o al director de una casa funeraria con el fin de que lleven a cabo sus tareas como lo permita o exija la ley.
- Riesgos del trabajo. Podemos utilizar o divulgar su PHI hasta el punto que sea necesario para cumplir con la ley estadual de protección contra los riesgos del trabajo u otros programas similares; por ejemplo, en relación con una herida relacionada con el trabajo.
- Investigación. SMG valora la privacidad de sus pacientes cuando realiza una investigación y en general, no utilizaremos ni divulgaremos su PHI sin obtener primero una autorización que cumpla con los requisitos de la HIPAA, salvo que nuestro comité de investigaciones haya eliminado el requisito de la autorización.
- Comunicaciones para recaudar fondos. Periódicamente, podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico o por escrito para solicitarle contribuciones para respaldar nuestras actividades que puede deducir de sus impuestos. Para ello, es posible que debamos divulgar a nuestro personal encargado de recaudar fondos determinada información demográfica sobre usted, como su nombre, dirección y número telefónico, así como otra información limitada. Usted tiene el derecho de dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento; comuníquese a nuestro Representante de Privacidad.
- Salud o seguridad. Podemos utilizar o divulgar su PHI cuando necesario para prevenir o reducir una amenaza de violencia física grave e inminente en su contra o en contra de otra persona identificable, o una amenaza dirigida al público en general.



- Militares y veteranos. En el caso de los miembros de las fuerzas armadas y los veteranos, es posible que divulguemos su PHI si lo exigen las autoridades militares. Si usted es miembro de una milicia extranjera, también podemos divulgar su PHI a las autoridades militares extranjeras que correspondan.
- Funciones de gobierno especializadas. Podemos divulgar su PHI a las unidades gubernamentales que desempeñan funciones especiales en determinadas circunstancias. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a alguna de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o al Departamento de Estado de los Estados Unidos.
- Actividad de seguridad e inteligencia de los Estados Unidos. Podemos divulgar su PHI a los funcionarios federales autorizados para tareas de inteligencia, contrainteligencia y para otras actividades vinculadas con la seguridad nacional autorizadas por ley.
- Servicios para proteger al Presidente y otros servicios. Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados a proteger al Presidente de los Estados Unidos, a otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.
- Reclusos. Si usted es un recluso en una institución correccional o en una institución similar detenido por las autoridades encargadas de aplicar la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o a los funcionarios encargados de aplicar la ley, cuando sea necesario:
 - para que la institución preste atención médica;
 - para proteger su salud y su seguridad o la de los demás, o
 - para la seguridad de la institución correccional.
- Obtención de órganos y tejidos. Si usted está registrado como donante, podemos divulgar su PHI a las organizaciones que facilitan u obtienen órganos, ojos o tejidos para donación o trasplante.
- Si lo exige la ley. Podemos utilizar o divulgar su PHI en cualquier otra circunstancia que no sean las descritas si así lo exigen las leyes o normas estatales o federales.
- Participación de las organizaciones de intercambio de información de salud. Podemos utilizar o divulgar su PHI en relación con una organización de intercambio de información de salud electrónica en la que participemos. Otros proveedores de atención médica, como médicos, hospitales y otras instalaciones que prestan atención médica, pueden acceder a la información almacenada acerca de usted en la organización de intercambio de información de salud a los fines del tratamiento, el pago u otros fines, en la medida en la que la ley lo permita. Usted tiene el derecho de optar por no participar más o directamente no participar en el sistema de intercambio de información (HIE, por su sigla en inglés) y le brindaremos este derecho tan pronto como sea posible. Si decide dejar de participar del sistema de intercambio de información, no utilizaremos ni divulgaremos ninguna información sobre usted con el HIE.

IV. USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI QUE EXIGEN QUE CONTEMOS CON SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

En general, necesitaremos **su autorización expresa por escrito** en nuestro Formulario de Autorización de la HIPAA para utilizar o divulgar su PHI para cualquier fin que no sea los que se especifican en la Sección III precedente. Por ejemplo, para que nosotros enviemos su información a la compañía de seguros de vida que usted contrató, usted deberá firmar su Formulario de Autorización de la HIPAA y decirnos qué información desea enviar.

Le solicitaremos su **autorización expresa por escrito** al menos para la información que se indica a continuación a menos que la utilización o la divulgación estuviera permitida o exigida por la ley, como ya se describió:



- **Información relacionada con el HIV o el SIDA.** En la mayoría de los casos, **NO divulgaremos su información relacionada con el HIV y el SIDA salvo que su autorización indique en forma expresa que podemos hacerlo.** Sin embargo, hay ciertos propósitos para los cuales se nos permite que divulguemos su información relacionada con el HIV o el SIDA sin necesidad de obtener su autorización expresa. Por ejemplo, es posible que divulguemos información vinculada con su estado en relación con el HIV o el SIDA a su compañía de seguros de vida o a su obra social con el fin de recibir el pago por los servicios que le brindamos. También podemos divulgar información acerca de su estado en relación con el HIV o el SIDA o el de otros pacientes cuando la información se “despersonalizó” (es decir, que la información no puede utilizarse para identificarlo a usted de ningún modo). Algunas de las otras instancias en las que podemos utilizar o divulgar la información vinculada con el HIV o el SIDA sin su autorización expresa:
 - para su diagnóstico o tratamiento;
 - para investigaciones científicas;
 - para auditorías de gestión, auditorías financieras o evaluación de programas;
 - para fines de capacitación médica;
 - para prevenir y controlar enfermedades, cuando lo permita el Departamento de Salud de Nueva Jersey.
 - para cumplir con determinadas órdenes judiciales;
 - cuando lo exija la ley, al Departamento de Salud de Nueva Jersey u otra entidad.
- **Información relacionada con enfermedades de transmisión sexual.** Debemos obtener su autorización expresa por escrito antes de divulgar cualquier información que pueda identificarlo como una persona que tiene o sobre la que se sospecha que tiene una enfermedad de transmisión sexual. Podemos utilizar y divulgar información relacionada con enfermedades de transmisión sexual sin obtener su autorización solo si lo permite la ley, al Departamento de Salud de Nueva Jersey, a su médico o a una autoridad del área de la salud, entre otros, o a un fiscal o a un tribunal, si usted está sometido a un proceso judicial bajo las leyes del estado de Nueva Jersey. Cuando sea necesario, su médico o la autoridad sanitaria podrá divulgar a su vez esa información para proteger su salud y bienestar, la salud y bienestar de su familia, o los del público.
- **Información sobre tuberculosis.** Debemos obtener su autorización expresa por escrito antes de divulgar cualquier información que pueda identificarlo como una persona que tiene o sobre la que se sospecha que tiene tuberculosis (TB). Podemos utilizar y divulgar información relacionada con la tuberculosis sin obtener su autorización en los casos que permite la ley, como para investigaciones, al Departamento de Salud, en los casos en los que el comisario decida que la divulgación puede ser necesaria para aplicar las leyes de salud pública o para proteger la salud o la vida de una persona conocida, o si lo autoriza una orden judicial.
- **Apuntes de psicoterapia.** Debemos obtener su autorización expresa por escrito antes de divulgar los apuntes de psicoterapia que puedan estar protegidos por ley.
- **Información sobre la salud mental.** Debemos obtener su autorización expresa por escrito antes de determinada información sobre salud mental cuando así lo exija la ley de Nueva Jersey.
- **Información relacionada con las drogas y el alcohol.** Debemos obtener su autorización expresa por escrito antes de divulgar información relacionada con tratamientos contra las drogas y el alcohol o de rehabilitación bajo determinadas circunstancias, como el lugar en el que usted recibió un tratamiento contra las drogas o el alcohol en un lugar o en el marco de un programa de tratamiento financiado por el gobierno federal.
- **Información genética.** Debemos obtener su autorización expresa por escrito antes de obtener o conservar su información genética, o antes de utilizar o divulgar su información genética con fines vinculados con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Por ejemplo, antes de realizar ninguna prueba genética, le solicitaremos su autorización por escrito para realizar dicha prueba. Podemos utilizar o divulgar su información genética o la



información genética de su hijo sin su autorización por escrito solo en los casos que permite la ley: realizar pruebas de paternidad en el marco de un trámite judicial, investigaciones anónimas, requisitos para examinar a los recién nacidos, identificar un cuerpo, investigaciones criminales o si lo autoriza una orden judicial.

- Información relacionada con el tratamiento emancipado de un menor. Si usted es un menor que nos solicitó un tratamiento emancipado, como el que se refiere a su embarazo, el tratamiento de su hijo/a o una enfermedad de transmisión sexual, debemos obtener su autorización expresa por escrito antes de divulgar esta información a otra persona, incluido a su padre o tutor, salvo en los casos que permite o exige la ley.
- Actividades de *marketing*. **Debemos obtener su autorización expresa por escrito para utilizar su PHI para enviarle materiales de *marketing* por correo postal o correo electrónico.** Sin embargo, podemos ofrecerle materiales de *marketing* en persona sin obtener su autorización, además de informarle acerca de los servicios y productos que se relacionan con su tratamiento, el manejo de su caso o la coordinación de su atención médica, los tratamientos alternativos, las terapias, los proveedores o las características de su atención médica. Si usted nos autoriza por escrito a enviarle materiales de *marketing*, tiene derecho a elegir no recibir estas comunicaciones en el futuro y puede hacerlo en cualquier momento. Si usted decide no recibir estas comunicaciones en el futuro, comuníquese con el Representante de Privacidad al 908-277-8686 o por escrito, a 150 Floral Avenue, New Providence, NJ 07974.
- Actividades por las que recibiríamos dinero a cambio de entregarle su PHI a un tercero. En el caso de ciertas actividades en las que recibiríamos dinero (compensación) en forma directa o indirecta de parte de un tercero a cambio de su PHI, debemos obtener previamente su autorización expresa por escrito. Sin embargo, su autorización no sería necesaria para el tratamiento, la salud pública o las investigaciones. Usted tiene el derecho de revocar su autorización en cualquier momento. Si usted desea revocar su autorización, comuníquese con el Representante de Privacidad al 908-277-8686 o por escrito, a 150 Floral Avenue, New Providence, NJ 07974.

V. **USOS Y DIVULGACIONES INCIDENTALES.**

Pueden ocurrir usos y divulgaciones incidentales. Un uso o una divulgación incidental es un uso o una divulgación secundaria que no se puede prevenir de manera razonable, su naturaleza es limitada y es el resultado de otra divulgación u otro uso permitidos. Sin embargo, los usos o las divulgaciones incidentales solo se permiten en la medida en la que hayamos aplicado medidas de protección razonables y no divulguemos más de su PHI de lo necesario para la divulgación o el uso permitidos. Por ejemplo, se permitirían las divulgaciones acerca de un paciente dentro del consultorio de un médico que puedan oír otras personas que no están involucradas en su atención médica.

VI. **SOCIOS COMERCIALES.**

Es posible que les solicitemos a determinadas personas que lleven a cabo algunas de nuestras funciones en nuestro nombre y que les divulguemos cierta información relacionada con la salud a estas personas. Por ejemplo, es posible que compartamos la PHI con nuestro consultor en informática para facilitar nuestras operaciones de atención médica. Les solicitaremos a nuestros socios comerciales que firmen un contrato para mantener la confidencialidad de su PHI y para que se rijan por determinadas condiciones.

VII. **LOS DERECHOS QUE USTED TIENE EN RELACIÓN CON SU PHI**

- Derecho de revisar/obtener una copia de su PHI Usted tiene el derecho de revisar y solicitar copias de la PHI que conservamos. Sin embargo, en algunas circunstancias, se le denegará el acceso a una parte de sus registros. Por ejemplo, si su médico cree que determinada información incluida en su historia clínica podría ser perjudicial para usted, no le divulgaremos dicha información. Comuníquese con el departamento o con la Oficina de Historias Clínicas pertinente si desea revisar o solicitarnos copias de su PHI; en la mayoría de los casos, le responderemos dentro de las 2 (dos) semanas. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por las copias en papel de su PHI, o un monto razonable por los costos laborales si solicita una copia electrónica de su PHI. También es posible que le



cobremos por los costos de los medios electrónicos si usted solicita que le entreguemos un medio electrónico que contenga su historia clínica.

- Derecho a mantener comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho a realizar una solicitud razonable por escrito para recibir su PHI por medios alternativos y razonables de comunicación o en lugares alternativos y razonables (por ejemplo, recibir la información en su dirección laboral en lugar de recibirla en su domicilio).
- Derecho a solicitar restricciones adicionales. Usted tiene el derecho de solicitar que se restrinjan nuestros usos y divulgaciones en relación con su PHI, en relación con lo siguiente, entre otros factores:
 - el tratamiento, el pago y las otras operaciones de atención médica,
 - los individuos que participan en su atención o en el pago relacionado con su atención médica o
 - en cuanto a notificar o asistir a los individuos a localizarlo o a obtener información acerca de su enfermedad.

Sin embargo, a pesar de que consideraremos con cuidado todas las solicitudes de incorporación de restricciones adicionales en cuanto al uso o las divulgaciones que hagamos acerca de su PHI, no estamos obligados a cumplir con su solicitud a menos que su solicitud *solo* se relacione con divulgar su PHI a un plan de salud o a otra entidad encargada de abonar los gastos de atención médica *solo a los fines del pago o las operaciones de atención médica relacionadas con un elemento o un servicio de la atención médica cuyo importe completo usted abonó de su bolsillo*. Las solicitudes para incorporar restricciones deben realizarse por escrito. Comuníquese con el Representante de Privacidad si desea solicitar la incorporación de una restricción.

Si aceptamos su solicitud de incorporar una restricción, la plasmaremos por escrito y la cumpliremos excepto en caso de emergencia. En determinadas circunstancias, podemos cancelar nuestro contrato debido a una restricción.

- Derecho a solicitar que se realicen enmiendas. Usted puede solicitar que se enmiende o modifique la PHI que conservamos si se comunica con el Representante de Privacidad. Cumpliremos con su solicitud a menos que:
 - Creamos que la información es precisa y está completa;
 - Conservamos la información que usted solicitó que modifiquemos pero no la creamos ni la escribimos, por ejemplo, la historia clínica sobre usted que preparó otro médico y que nos trajeron para que la incorporásemos a la historia clínica que llevan nuestros médicos sobre usted.
 - La información no forma parte del conjunto designado de la historia clínica o no está disponible para que lo revisemos.

Las solicitudes de enmiendas deben realizarse por escrito. Comuníquese con el Representante de Privacidad si desea solicitar la incorporación otra restricción al uso o a la divulgación de su PHI. Generalmente responderemos a su solicitud por escrito dentro de los 30 (treinta) días de haberla recibido.

- Derecho de revocar la autorización. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, ya sea que la haya otorgado en forma oral o escrita. En general, se le solicitará que revoque su autorización **por escrito** y que se la remita al Representante de Privacidad. Se revocarán todas las autorizaciones excepto si ya hemos actuado teniendo en cuenta su autorización.
- Derecho a recibir información sobre las divulgaciones. Usted puede solicitar información acerca de determinadas divulgaciones que hicimos sobre su PHI dentro de los 6 (seis) años a partir de la fecha de su solicitud de información. La lista no incluirá usos ni divulgaciones que se realizaron para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, las que se hicieron a partir de la autorización que usted envió por escrito, o las



que se le realizaron directamente a usted o a su familia. La primera solicitud de información que usted solicite en un período de 12 (doce) meses es sin cargo. Cualquier solicitud que se realice luego de esa fecha originará un cargo razonable relacionado con la declaración que contenga dicha información.

Comuníquese con el Representante de Privacidad si desea solicitar información sobre las divulgaciones. Generalmente responderemos a su solicitud por escrito dentro de los 30 (treinta) días de haberla recibido.

- Derecho a solicitar un informe sobre los accesos a su PHI. Usted puede solicitar información acerca de todos los accesos a su PHI que se conserva en un conjunto designado de su historia clínica en formato electrónico dentro de los **3 (tres) años** a partir de la solicitud del informe sobre los accesos. El primer informe sobre los accesos que usted solicite en un período de 12 (doce) meses es sin cargo. Cualquier solicitud que se realice luego de esa fecha originará un cargo razonable relacionado con el informe sobre los accesos. Comuníquese con el Representante de Privacidad si desea solicitar un informe sobre los accesos. Generalmente responderemos a su solicitud por escrito dentro de los 30 (treinta) días de haberla recibido.
- Derecho de recibir una copia en papel de su Notificación acerca de las políticas de privacidad. Usted puede solicitar una copia en papel de esta Notificación en cualquier momento, incluso si usted ya había acordado recibir esta Notificación por correo electrónico o a través de otro formato electrónico. Comuníquese con el Representante de Privacidad para obtener una copia de esta Notificación.
- Derecho a recibir una notificación si se viola su información. Tomamos la confidencialidad de la información acerca de nuestros pacientes con mucha seriedad y la ley nos exige que protejamos la privacidad y la seguridad de su PHI a través de las medidas de protección adecuadas. En el caso de que ocurra una violación que involucre o pueda involucrar su PHI no asegurada, se lo notificaremos y le informaremos qué pasos debe tomar para protegerse.

VIII. DATOS SOBRE RECLAMOS

SMG recibirá datos sobre reclamos de parte de las compañías aseguradoras. Si usted desea optar por no tener este servicio, envíe un correo electrónico a optout@SMGNJ.com o comuníquese con el Representante de Privacidad.

IX. SERVICIO DE HISTORIAL DE MEDICACIÓN

Trabajamos con Surescripts, que proporciona el historial de medicación cuando usted realiza una consulta en SMG. Surescripts accede a la información de las farmacias de la comunidad y el historial de reclamos de pacientes relacionados con el reembolso de medicamentos que le proporcionan los encargados de abonar los gastos de atención médica y los administradores de las prestaciones de farmacia. Los médicos de SMG obtienen esta información para los tratamientos, porque las personas que prescriben medicamentos y que tienen acceso a la información crítica acerca de los medicamentos que toma actualmente y que tomó en el pasado están mejor informados acerca de los posibles problemas de medicación de sus pacientes y pueden utilizar esta información para mejorar la seguridad y la calidad. Si usted desea optar por no tener este servicio y NO quiere que le envíen su historial de medicamentos a SMG, envíe un correo electrónico a optout@SMGNJ.com o comuníquese con el Representante de Privacidad.

X. INFORMACIÓN ACERCA DE LA DURACIÓN DE ESTA NOTIFICACIÓN

Esta Notificación entra en vigencia en marzo de 2013. Podemos modificarla en cualquier momento. Los cambios que le realicemos a esta Notificación se aplicarán a toda la PHI que conservamos. Sin embargo, si modificamos esta Notificación, los cambios que hagamos solo se harán en la medida que lo permita la ley. También haremos que la Notificación modificada esté disponible para usted: la publicaremos en un lugar en el que todos los individuos que nos solicitan servicios puedan leer la Notificación, así como en nuestra página web <http://www.summitmedicalgroup.com/>. Usted también podrá obtener una copia física de la nueva Notificación si se la solicita a nuestro Representante de Privacidad.



XI. RECLAMOS/INFORMACIÓN ADICIONAL

Usted puede comunicarse con su Representante de Privacidad en cualquier momento si desea obtener información adicional o si tiene alguna pregunta relacionada con esta Notificación o con su PHI. Si usted cree que violaron sus derechos de privacidad o que es posible que los hayan violado, también puede comunicarse con nuestro Representante de Privacidad O realizar un reclamo por escrito ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. **NO tomaremos represalias si usted realiza un reclamo con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.** Si desea realizar un reclamo por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, comuníquese con el Representante de Privacidad y le brindaremos la información de contacto.

XII. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Puede comunicarse con nosotros si tiene alguna inquietud o si desea obtener información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad si llama o escribe a la Oficina de Privacidad: Oficial de Privacidad/Departamento de Legales de SMG, 150 Floral Avenue, New Providence, NJ 07974; 908-277-8686.

Acuso de recibo de la Notificación acerca de las prácticas de privacidad de la HIPAA

Acuso recibo de la Notificación acerca de las prácticas de privacidad de la HIPAA de Summit Medical Group a la fecha en la que recibí el primer servicio o tan pronto como sea factible de manera razonable en el caso de que yo haya recibido tratamiento de emergencia.

Escriba su nombre en letra de imprenta:

Firma: _____
Fecha: _____

Si usted es un representante legal autorizado y firma en nombre de un paciente, complete la siguiente sección:

Escriba el nombre del paciente en letra de imprenta:

Indique su relación (*tilde una opción*): Padre Cónyuge
Tutor Apoderado Otro: _____