



Effective Date: August 1, 2017

HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

WHO THIS NOTICE APPLIES TO

This Notice applies to St. Mary's Healthcare (SMH):

- ^{HIPAA} Service locations, including: 446a, 427, 425, 380, 76 Guy Park Avenue, 4988, 4950 State Highway 30, 48 Erie Blvd., CANAJOHARIE, 7 Timmerman Ave ST. JOHNSVILLE, 700 S. Perry St. JOHNSTOWN, 84 E. State St., 73 N. Main St. 57 E. Fulton St., GLOVERSVILLE, 331 Bridge St. NORTHVILLE
- ^{HIPAA} Medical staff members, employees and other St. Mary's Healthcare workforce members.

OUR RESPONSIBILITIES

SMH takes the privacy of the health information entrusted to us seriously, as both an ethical and a legal obligation. We call this health information "protected health information." Protected health information is any information in a medical record that can be used to identify an individual; and that was created, used, or disclosed in the course of providing a health care service, such as a diagnosis or treatment. It also includes information about payment for health care services, such as a claims record. Disclosures of your protected health information for purposes described in this Notice may be in writing, orally, electronically, or by facsimile.

We are required by law to:

- ^{HIPAA} Maintain the privacy of health information.
- ^{HIPAA} Provide you with this Notice of Privacy Practices ("Notice"), which tells you about our duties and practices with respect to protecting health information.
- ^{HIPAA} Abide by the terms of the Notice that is currently in effect.
- ^{HIPAA} Notify you following a breach of unsecured health information that affects you.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION

The following categories describe different ways SMH may use and disclose your health information without your written authorization. Health information is most often used and disclosed to provide treatment, to obtain payment for treatment, or for health care operations. We will provide an example of the types of uses covered by these categories. Not every use or disclosure in a category will be listed. References to "you" and "your" information include your child's information, when appropriate.

- ^{HIPAA} **For Treatment.** SMH may use and disclose health information to provide treatment, health care or other related services. Health information may be used by or disclosed to doctors, nurses, aides, or other healthcare providers who are involved in taking care of you. Additionally, SMH may use or disclose health information to manage or coordinate treatment, health care or other related services. *For example, we may use or disclose health information about you for treatment purposes such as when you are referred to a specialist for care or when we send a prescription to a pharmacy to be filled for you.*

- ^{HIPAA} **For Payment.** SMH may use and disclose health information to bill and collect for the treatment and services we provide to you. We may send health information to your insurance company or other third party payer for payment purposes. *For example, we may use and disclose health information about you for payment purposes such as when we send claims to your HMO for payment or to find out whether proposed treatment is covered.*
- ^{HIPAA} **For Health Care Operations.** SMH may use and disclose health information for health care operations. These uses and disclosures are necessary to run SMH and to maintain and improve the quality of health care we provide. *For example, we may use and disclose health information about you for health care operations purposes such as accreditation renewals, quality improvement activities, and teaching purposes.*
- ^{HIPAA} **Hospital Directory.** SMH may include limited information about you in the hospital directory while you are a patient at SMH. This information includes your name, location and/or discharge status in the hospital, your general condition (e.g., fair, stable, etc.) and your religious affiliation. The directory information may be disclosed to people who ask for you by name, except for your religious affiliation, which may only be disclosed to clergy members. You have the right to not have your information included in the hospital directory ("opt-out"). *To opt-out of the hospital directory, we ask that you make this request during patient registration.*
- ^{HIPAA} **Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care.** SMH may disclose to your family member, relative, close personal friend or other person identified by you, health information that is directly relevant to that person's involvement with your care or payment for your care. *SMH will not share this information with these individuals if we are aware of your desire not to have this information shared.*
- ^{HIPAA} **Fundraising.** We may contact you for the purpose of raising funds to help support the SMH mission. *You have the right to opt-out of receiving fundraising communications.*
- ^{HIPAA} **Research.** Under certain circumstances, SMH may use and disclose health information for research purposes. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all individuals who receive one medication to those who receive another. All research projects are subject to a special approval process.
- ^{HIPAA} **Immunization Records.** SMH may disclose immunization records to a school where you are or will be a student, if the school is required by law to have proof of immunizations for admission purposes. *SMH will first obtain your verbal or written permission to make this disclosure.*
- ^{HIPAA} **For Public Health Purposes.** SMH may disclose health information for public health activities. For example, public health activities include: preventing and controlling disease, injury or disability; reporting births and deaths; and reporting defective medical devices or problems with medications.
- ^{HIPAA} **About Victims of Abuse.** SMH may disclose your health information to notify the appropriate government authority if we believe you have been the victim of abuse, neglect or domestic violence. *We will only make this disclosure if you agree, or when required or authorized by law.*
- ^{HIPAA} **Health Oversight Activities.** SMH may disclose health information to a health oversight agency for health oversight activities authorized by law. These activities include audits, investigations, licensure and disciplinary actions, and related activities to monitor the health care system, governmental benefit programs, and compliance with civil rights laws.

- ^{HIPAA} **Judicial and Administrative Proceedings.** SMH may disclose health information in response to a subpoena, court order, or administrative order, if certain requirements are met.
- ^{HIPAA} **Law Enforcement.** SMH may release health information to law enforcement if the disclosure is required by law, necessary to identify or locate a suspect or missing person, about criminal conduct at SMH, about a victim of crime under certain circumstances, and in certain emergency situations.
- ^{HIPAA} **To Avert a Serious Threat to Health or Safety.** SMH may use and disclose health information when SMH believes it is necessary to prevent a serious threat to the individual's health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure would only be to someone able to help prevent or lessen the threat, or to law enforcement authorities.
- ^{HIPAA} **Coroner, Medical Examiners, and Funeral Directors.** SMH may disclose health information to a coroner or medical examiner for the purpose of identifying a deceased person, determining a cause of death, or other duties authorized by law. SMH may disclose health information to a funeral director, consistent with law, to permit the funeral director to carry out his/her duties.
- ^{HIPAA} **Organ Donation Purposes.** SMH may disclose health information to organ procurement organizations and others engaged in procurement, banking or transplantation of cadaveric organs, eyes, or tissue, for the purposes of facilitating organ donation and transplantation.
- ^{HIPAA} **Military and Veterans.** If you are a member of the armed forces, we may release your health information as required by military command authorities. We may also release health information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.
- ^{HIPAA} **National Security and Intelligence Activities.** SMH may release health information to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence and other national security activities as authorized by law.
- ^{HIPAA} **Protective Services for the President and Others.** SMH may disclose health information to authorized federal officials so they may provide protection to the President or other authorized persons, or for the conduct of special investigations authorized by law.
- ^{HIPAA} **Inmates.** If you are an inmate or in the custody of a correctional institution or law enforcement, SMH may disclose health information to the correctional institution or law enforcement official for treatment and safety purposes.
- ^{HIPAA} **Worker's Compensation.** SMH may disclose health information as authorized by and to the extent necessary to comply with worker's compensation laws or laws relating to similar programs.
- ^{HIPAA} **As Required by Law.** SMH will disclose health information when required to do so by federal, state or local law.

ALLIANCE AND IHANY

We participate in (i) the Alliance for Better Health Care, LLC, (Alliance), which is a Performing Provider System (PPS) and (ii) Innovative Health Care Alliance of NY (IHANY), which is an Accountable Care Organization (AC). These are NYS regulated organizations created to coordinate your care and to reduce unnecessary or duplicate medical procedures or tests. We will share your health information with these organizations and with other health care providers who are participating in these organizations, in order to coordinate your care. Such information may include alcohol and drug treatment information, HIV/AIDS information, mental health conditions, and/or information about sexually transmitted diseases. Such disclosures are permitted based on the treatment, payment or health care operations exceptions or based on your consent. The use and disclosure of such information will be carried out in accordance with each of the applicable Federal or State laws. A list of those participating providers and further information can be found at ihany.org and allianceforbetterhealthcare.com.

HEALTH INFORMATION EXCHANGE

SMH participates in a health information exchange organization (“HIXNY”) that permits computer-based transfer of health information directly between healthcare providers at different locations and institutions to facilitate your care and treatment. *If you do not want your information to be shared in this way, you can opt-out by refusing to sign the authorization to do so at the time of registration.*

CONFIDENTIALITY OF SUBSTANCE USE DISORDER RECORDS

The confidentiality of substance use disorder patient records maintained by substance use treatment programs at SMH (“SU Programs”) is protected by federal law and regulations. Generally, if you receive substance use treatment services from SU Programs, we may not acknowledge to a person outside a SU Program that you attend a substance use program, or disclose any information identifying you as having or having had a substance use disorder unless:

- You consent in writing;
- The disclosure is allowed by court order; or
- Disclosure is made to medical personnel in a medical emergency or to qualified personnel for research, audit or program evaluation.

Federal law and regulations do not protect any information about a crime committed by you either at SMH or against any person who works for SMH or about any threat to commit such a crime. Federal law and regulations do not protect any information about suspected child abuse or neglect from being reported under State law to appropriate State or local authorities.

Violation of the Federal law and regulations by a program is a crime. Suspected violations may be reported to the United States Attorney for the Northern District of New York at:

U.S. Attorney's Office
445 Broadway, Room 218
Albany, NY 12207-2924
Telephone: (518) 431-0247

Specifically for opioid treatment programs, suspected violations may be reported to Substance Abuse and Mental Health Services Administration Region II Opioid Treatment Program Compliance Office at (240)276-2547.

(See 42 U.S.C. 290dd–3 and 42 U.S.C. 290ee–3 for federal laws and 42 CFR part 2 for federal regulations.)

OTHER SPECIAL RESTRICTIONS UNDER STATE AND OTHER FEDERAL LAWS

We will also comply with all other applicable state and federal laws. *For example, under state law, there are **more limits** on when HIV and AID, genetic testing, or mental health information may be disclosed.* We abide by all applicable state and federal laws.

OTHER USES AND DISCLOSURES

Any other uses and disclosures of health information not covered by this Notice or the laws that apply to us will be made only with your Authorization.

DISCLOSURES THAT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION

An Authorization is a special written permission from you that grants authority to SMH to use or disclose your health information.

- ^{HIPAA} We must obtain your Authorization to use or disclose psychotherapy notes. Psychotherapy notes may only be used for limited purposes, such by the treating professional. Disclosures are permitted only as required by law, for certain health oversight activities, or to avert a serious threat to health or safety.
- ^{HIPAA} We must obtain your Authorization to use or disclose health information for marketing purposes, or for disclosures that constitute the sale of medical information.
- ^{HIPAA} If you provide us an Authorization to use or disclose your health information, you may revoke that Authorization, in writing, at any time. If you revoke your Authorization, we will no longer use or disclose health information about you for the reasons covered by your Authorization.

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION

You have the following rights regarding health information we maintain about you:

- ^{HIPAA} **Right to Request Restrictions.** You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. **However, we are not required to agree to your request.** If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.
- ^{HIPAA} **Right to Restrict Disclosure for Services Paid by You in Full.** You have the right to restrict the disclosure of health information if you have paid for the care out-of-pocket, in-full and you are asking us not to submit information about that care to your health plan.
- ^{HIPAA} **Right to Request Confidential Communications.** Typically, we communicate with you regarding your health care either by calling your home phone or sending mail to your home address. You have the right to request that we communicate with you in an alternative way or at a certain location. To request confidential communications, we ask that you make your request **in writing** to the Privacy Officer at the addressed listed at the end of this Notice. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

^{HIPAA} **Right to Access.** In most cases, you have the right to access your health information by requesting to inspect and/or obtain a copy of your health information, with limited exceptions. We ask that your request be made in **writing** to the Privacy Officer at the address listed at the end of this Notice. You may request the copy of your health information be provided in a summary format. You may also request the copy be provided on paper ("hard copy") or in an electronic form or format. SMH will also transmit a copy of your health information to another person designated by you in writing. SMH may charge reasonable fees for copies.

^{HIPAA} **Right to Request Amendments.** You have the right to ask us to amend your health information. To request an amendment, we ask that your request be made in **writing** to the Privacy Officer at the address listed at the end of this Notice. In addition, you must provide a reason that supports your request. We may deny your request in certain circumstances; such as if the information was not created by us, or we believe the information is already accurate and complete. If we deny your request, you may appeal the denial.

^{HIPAA} **Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to request a list of certain disclosures that we have made of your health information. Your request must state a time period which may not be longer than six years. The first list you request within a twelve-month period will be free. For additional lists during such twelve-month period, SMH may charge you a reasonable fee.

^{HIPAA} **Right to a Paper Copy of this Notice.** You may ask us to give you a copy of this Notice at any time. Even if you have agreed to receive this Notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this Notice. You may also obtain a copy of this Notice at our web site at www.smha.org

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to make changes to this Notice. We reserve the right to make the revised Notice effective for health information we already have, as well as any health information we receive or create in the future. The Notice will contain the current effective date. We will post a copy of the current Notice in our locations and on our website. Any revised Notice is also available to you upon request.

COMPLAINTS

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with SMH or with the Secretary of the Department of Health and Human Services at www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ or call (800) 368-1019. To file a complaint with SMH, contact our Privacy Officer. **You will not be penalized for filing a complaint.** To ensure we have sufficient information, we ask that complaints be submitted in writing.

If you have any questions about this Notice, please contact:

**St. Mary's Healthcare
Attn: Privacy Officer
427 Guy Park Avenue
Amsterdam, NY 12010
518-841-7102
518-770-7528**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD
DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA)**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA
Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
LÉALO CON ATENCIÓN.**

ESTE AVISO ES PARA LOS SIGUIENTES DESTINATARIOS:

Este aviso está destinado a St. Mary's Healthcare (SMH):

^{HIPAA} Los centros de servicios son los siguientes: 446a, 427, 425, 380, 76 Guy Park Avenue, 4988, 4950 State Highway 30, 48 Erie Blvd., CANAJOHARIE, 7 Timmerman Ave ST. JOHNSVILLE, 700 S. Perry St. JOHNSTOWN, 84 E. State St., 73 N. Main St. 57 E. Fulton St., GLOVERSVILLE, 331 Bridge St. NORTHVILLE.

^{HIPAA} Miembros del personal médico, empleados y otros miembros de St. Mary's que proveen atención médica.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

SMH toma muy en serio la privacidad de la información de salud que nos confía y la considera tanto una obligación legal como ética. Denominamos a esta información de salud "información de salud protegida". La información de salud protegida es toda información que consta en un registro médico, que puede utilizarse para identificar a una persona, y que se crea, utiliza y divulga durante el suministro de los servicios de atención médica, como el diagnóstico o el tratamiento. También incluye información acerca del pago por los servicios de atención médica, como los registros de reclamaciones. Las divulgaciones de su información de salud protegida para los propósitos descritos en este Aviso pueden realizarse por escrito, de forma oral, electrónica o por fax.

De conformidad con la ley, tenemos las siguientes obligaciones:

^{HIPAA} Mantener la privacidad de la información de salud.

^{HIPAA} Enviarle este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso"), que le informa nuestras obligaciones y prácticas con respecto a la protección de la información de salud.

^{HIPAA} Cumplir los términos del Aviso vigente en la actualidad.

^{HIPAA} Informarle luego de una violación a la información de salud no protegida que pueda afectarlo.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que SMH puede utilizar y divulgar su información de salud sin su autorización por escrito. Por lo general, la información de salud se utiliza y divulga para proporcionar tratamiento, obtener pagos por los tratamientos o por las operaciones de atención médica. Le mostraremos un ejemplo de los tipos de usos cubiertos por estas categorías. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de cada categoría. "Usted" y "su" información incluyen la información de su hijo, según corresponda.

- ^{HIPAA} **Para el tratamiento:** SMH puede utilizar y divulgar la información de salud para proporcionar tratamiento, atención médica u otros servicios relacionados. Se podrá divulgar la información de salud a los médicos, profesionales de enfermería, asistentes u otros proveedores médicos que participan de su cuidado, quienes también podrán utilizarla. Además, SMH puede utilizar o divulgar la información de salud para gestionar o coordinar el tratamiento, la atención médica u otros servicios relacionados. *Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar su información de salud para los fines del tratamiento, como cuando se lo deriva a un especialista para que le proporcione atención o cuando enviamos una receta a una farmacia para que le surtan los medicamentos.*
- ^{HIPAA} **Para el pago:** SMH puede utilizar y divulgar la información de salud para facturar y cobrar el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. A fin de tramitar su pago, es posible que le enviemos la información de salud a su compañía aseguradora o a otros terceros que realicen los pagos. *Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su información de salud a los fines del pago, como cuando enviamos las reclamaciones a su HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) para que realice el pago o para saber si el tratamiento propuesto está cubierto.*
- ^{HIPAA} **Para operaciones de atención médica:** SMH puede utilizar y divulgar la información de salud para las operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para la gestión de SMH, y para mantener y mejorar la calidad de la atención médica que ofrecemos. *Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su información de salud para realizar operaciones de atención médica, como las renovaciones de autorizaciones, las actividades de mejora de la calidad y los objetivos de enseñanza.*
- ^{HIPAA} **Directorio del hospital:** SMH puede incorporar información limitada acerca de usted en el directorio del hospital, mientras sea paciente de SMH. Esta información incluye su nombre, ubicación o estado de alta en el hospital, su estado de salud general (por ejemplo, bueno, estable, etc.) y su religión. Es posible que la información del directorio se divulgue a las personas que pregunten por usted utilizando su nombre, a excepción de su religión, que solo puede divulgarse a miembros del clero. Usted tiene derecho a que su información no se incorpore en el directorio del hospital (“exclusión”). *Para solicitar la exclusión de su información en el directorio del hospital, le pedimos que realice la solicitud durante su registro como paciente.*
- ^{HIPAA} **Personas que participan en su atención o en el pago de su atención:** SMH puede divulgar a los miembros de su familia, familiares, amigos íntimos u otras personas identificadas por usted, la información de salud que sea directamente relevante para la participación de dichas personas en su cuidado o en el pago de su cuidado. *SMH no compartirá esta información con dichas personas si conocemos su deseo de mantenerla en privado.*
- ^{HIPAA} **Recaudación de fondos:** podemos comunicarnos con usted con el propósito de recaudar fondos para financiar la misión de SMH. *Usted tiene derecho a solicitar que no se comuniquen con usted con el propósito de recaudar fondos.*
- ^{HIPAA} **Investigación:** en determinadas circunstancias, SMH puede utilizar y divulgar información de salud para realizar investigaciones. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar el estado de salud y la recuperación de todas las personas que reciben un medicamento con las personas que reciben un medicamento diferente. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación.

- ^{HIPAA} **Registros de vacunación:** SMH puede divulgar los registros de vacunación a una escuela en la que usted es o será alumno, si la escuela está obligada por ley a contar con una constancia de vacunación para fines de admisión. *Antes de esta divulgación, SMH solicitará su permiso escrito u oral.*
- ^{HIPAA} **Para propósitos relacionados con la salud pública:** SMH puede divulgar información de salud para la realización de actividades relacionadas con la salud pública. Estos son algunos ejemplos de actividades relacionadas con la salud pública: prevenir y controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; declarar nacimientos y defunciones; informar acerca de dispositivos médicos defectuosos o problemas con los medicamentos.
- ^{HIPAA} **En relación con las víctimas de abuso:** SMH puede divulgar su información de salud para informarle a la autoridad competente del gobierno si pensamos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. *Solo divulgaremos esta información si usted está de acuerdo, o si la ley lo requiere o autoriza.*
- ^{HIPAA} **Actividades de supervisión de la salud:** SMH puede divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para realizar actividades de supervisión de salud autorizadas por la ley. Estas actividades comprenden auditorías, investigaciones, certificaciones, medidas disciplinarias y actividades relacionadas para controlar el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- ^{HIPAA} **Procedimientos judiciales y administrativos:** si se cumplen determinados requisitos, SMH puede divulgar información de salud en respuesta a una citación, orden judicial o administrativa.
- ^{HIPAA} **Orden público:** SMH puede divulgar información de salud a las agencias del orden público si dicha divulgación es requerida por ley, es necesaria para identificar o localizar a un sospechoso o a una persona desaparecida, está relacionada con una conducta criminal en SMH o con una víctima de delito en determinadas circunstancias y en determinadas situaciones de emergencia.
- ^{HIPAA} **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** SMH puede utilizar y divulgar información de salud, cuando lo considere necesario, para evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad de la persona, del público o de otra persona. Toda divulgación se realizará ante una persona capaz de ayudar a evitar o reducir la amenaza, o a las autoridades del orden público.
- ^{HIPAA} **Médicos forenses, examinadores médicos y directores fúnebres:** SMH puede divulgar información de salud a un médico forense o a un examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o para otras funciones autorizadas por ley. SMH puede divulgar información de salud a un director de funeraria, de acuerdo con la ley, para permitir que este cumpla con sus obligaciones.
- ^{HIPAA} **Donación de órganos:** SMH puede divulgar información de salud a las organizaciones de obtención de órganos y otras organizaciones que participan en la obtención, conservación o trasplante de órganos, ojos o tejidos cadavéricos, para facilitar la donación y el trasplante de órganos.
- ^{HIPAA} **Militares y veteranos:** si usted es miembro de las fuerzas armadas, es posible que divulguemos su información de salud según lo requieran las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información de salud acerca del personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera competente.
- ^{HIPAA} **Actividades de inteligencia y seguridad nacional:** SMH puede divulgar información de salud a los funcionarios federales autorizados a cargo de las actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

^{HIPAA} **Servicios de protección para el presidente y otras personas:** SMH puede divulgar información de salud a los funcionarios federales autorizados para que puedan proteger al presidente o a otras personas autorizadas, o para la realización de investigaciones especiales autorizadas por ley.

^{HIPAA} **Reclusos:** si usted es un recluso o está bajo la custodia de una institución correccional o del orden público, SMH puede divulgar información de salud a los funcionarios de la institución correccional o del orden público para proporcionar tratamiento y garantizar la seguridad.

^{HIPAA} **Indemnización de los trabajadores:** SMH puede divulgar información de salud si cuenta con la autorización de las leyes de indemnización de los trabajadores o de las leyes relativas a programas similares, y en la medida necesaria para cumplir con estas.

^{HIPAA} **De conformidad con lo establecido por la ley:** SMH divulgará información de salud cuando así lo requieran las leyes locales, estatales o federales.

ALLIANCE IHANY

Participamos en (i) Alliance for Better Health Care, LLC, (Alliance), que es un Sistema de proveedores de servicios (Performing Provider System, PPS) y en (ii) Innovative Health Care Alliance of NY (IHANY), que es una Organización de atención médica (Accountable Care Organization, AC). Son organizaciones reguladas por el NYS (estado de Nueva York) creadas para coordinar su atención y para reducir los procedimientos o las pruebas médicas innecesarios o duplicados. Compartiremos su información de salud con estas organizaciones y con otros proveedores de atención médica que participan en ellas para coordinar su atención médica. Es posible que esta incluya información sobre los tratamientos contra el abuso de drogas o alcohol, información sobre el VIH/SIDA, afecciones de salud mental o información acerca de enfermedades de transmisión sexual. Dichas divulgaciones están permitidas según las excepciones de operaciones de atención médica, de tratamiento o de pago o conforme con su consentimiento. El uso y la divulgación de dicha información se llevarán a cabo de acuerdo con cada una de las leyes estatales o federales aplicables. Puede acceder a una lista de los proveedores participantes y obtener más información en **ihany.org** y **allianceforbetterhealthcare.com**.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

SMH participa en una organización de intercambio de información de salud ("HIXNY", por sus siglas en inglés) que permite la transferencia directa de información de salud por computadora entre los proveedores de atención médica de diferentes lugares e instituciones para facilitar su atención y tratamiento. *Si no desea que su información se comparta de esta manera, puede excluirse negándose a firmar la autorización correspondiente en el momento del registro.*

CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Las leyes y regulaciones federales protegen la confidencialidad de los registros de los pacientes con trastornos por abuso de sustancias conservados por los programas de tratamientos para el consumo de sustancias en SMH ("Programas SU"). Por lo general, si usted recibe servicios de tratamiento para el abuso de sustancias de los Programas SU, no estamos autorizados a reconocer ante una persona externa al Programa SU que usted asiste al programa de abuso de sustancias ni a divulgar información que lo identifique como paciente que sufre o sufrió un trastorno por abuso de sustancias, a menos que suceda lo siguiente:

- Usted proporciona su consentimiento por escrito.
- Una orden judicial autoriza la divulgación.
- Se divulga información al personal médico ante una emergencia médica o al personal calificado para realizar investigaciones, auditorías o evaluaciones de programas.

Las leyes y regulaciones federales no protegen la información con respecto a un delito cometido por usted, ya sea en las instalaciones de SMH o en contra de una persona que trabaja para SMH, o con respecto a una amenaza de cometer tal delito. Las leyes y regulaciones federales no impiden que la información con respecto a la sospecha de abuso infantil o negligencia sea denunciada, de acuerdo con la ley estatal, a las autoridades locales o estatales competentes.

La violación de las leyes y regulaciones federales por parte de un programa constituye un delito. Las presuntas violaciones deben denunciarse ante el procurador de los Estados Unidos del Distrito del Norte de Nueva York a la siguiente dirección:

U.S. Attorney's Office
445 Broadway, Room 218
Albany, NY 12207-2924
Teléfono: (518) 431-0247

En el caso específico de los programas de tratamientos para el abuso de opioides, las presuntas violaciones pueden denunciarse ante la Oficina de Cumplimiento de los Programas de Tratamiento para el Abuso de Opioides (Opioid Treatment Program Compliance Office), región II, de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), al (240) 276-2547.

(Consulte las leyes federales en los artículos 290dd-3 y 290ee-3 del título 42 del U.S.C. [Código de los Estados Unidos], y las regulaciones federales en la parte 2 del título 42 del CFR [Código de Regulaciones Federales]).

RESTRICCIONES ESPECIALES ADICIONALES SEGÚN LAS LEYES ESTATALES Y OTRAS LEYES FEDERALES

También cumpliremos con todas las demás leyes estatales y federales aplicables. *Por ejemplo, de acuerdo con la ley estatal, existen **más límites** con respecto a cuándo se puede divulgar la información relacionada con el VIH y el SIDA, las pruebas genéticas o la salud mental.* Respetamos todas las leyes estatales y federales aplicables.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los demás usos y divulgaciones de información de salud no especificados en este Aviso ni en las leyes aplicables se realizarán, únicamente, con su Autorización.

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Una Autorización es un permiso especial por escrito proporcionado por usted que autoriza a SMH a utilizar o divulgar su información de salud.

- HIPAA Es necesario que obtengamos su Autorización para utilizar o divulgar las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia solo pueden utilizarse con fines limitados, como el uso por parte del

profesional a cargo del tratamiento. Las divulgaciones están permitidas únicamente según lo requiera la ley, para determinadas actividades de supervisión de la salud o para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.

HIPAA Es necesario que obtengamos su Autorización para utilizar o divulgar información de salud para fines publicitarios o para divulgaciones que constituyen la venta de información médica.

HIPAA Si usted nos proporciona una Autorización para utilizar o divulgar su información de salud, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Si revoca su Autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud por los motivos especificados en su Autorización.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted goza de los siguientes derechos con respecto a la información de salud que conservamos acerca de usted:

HIPAA **Derecho a solicitar restricciones:** tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información de salud acerca de usted que utilizamos o divulgamos para las operaciones de atención médica, tratamiento o pago. **Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

HIPAA **Derecho a restringir la divulgación de los servicios que usted pagó en su totalidad:** tiene derecho a restringir la divulgación de información de salud si ha pagado el monto total de la atención médica con fondos de su bolsillo y si nos solicita que no presentemos información con respecto a tal servicio ante su plan de cobertura médica.

HIPAA **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** por lo general, nos comunicamos con usted en relación con su atención médica llamándolo al teléfono de su hogar o enviando correo postal a su hogar. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de otra manera o en un lugar determinado. Para solicitar comunicaciones de índole confidencial, debe hacerlo **por escrito** ante el funcionario de privacidad a la dirección especificada al final de este Aviso. No le preguntaremos cuál es el motivo de su solicitud. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

HIPAA **Derecho al acceso:** en la mayoría de los casos, tiene derecho a acceder a su información de salud si solicita inspeccionarla o si pide una copia de dicha información, con excepciones limitadas. Debe realizar su solicitud **por escrito** ante el funcionario de privacidad a la dirección especificada al final de este Aviso. Puede solicitar una copia de su información de salud resumida. También puede solicitar una copia en papel (impresa) o en formato electrónico. SMH también enviará una copia de su información de salud a otra persona designada por usted por escrito. SMH puede cobrar cargos razonables por las copias.

HIPAA **Derecho a solicitar enmiendas:** tiene derecho a solicitar que realicemos enmiendas en su información de salud. Para solicitar una enmienda, debe realizar su solicitud **por escrito** ante el funcionario de privacidad a la dirección especificada al final de este Aviso. Además, debe explicar el motivo de su solicitud. Es posible que, en determinadas circunstancias, rechacemos su solicitud; por ejemplo, si la información no fue creada por nosotros o si creemos que la información es precisa y está completa. Si rechazamos su solicitud, puede apelar la denegación.

HIPAA **Derecho a recibir una lista de las divulgaciones:** tiene derecho a solicitar una lista de determinadas divulgaciones que hemos realizado de su información de salud. Su solicitud debe especificar un período no mayor a seis años. La primera lista que solicite dentro de un período de doce meses será

gratuita. Si desea listas adicionales durante dicho período de doce meses, es posible que SMH le cobre un cargo razonable.

HIPAA **Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso:** puede solicitar que le proporcionemos una copia de este Aviso en cualquier momento. Aun si acordó recibir este Aviso de forma electrónica, tiene derecho a recibir una copia impresa. También puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web en www.smha.org.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a modificar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el Aviso revisado para la información de salud que ya poseemos, así como para la información de salud que recibamos o creemos en el futuro. El Aviso especificará la fecha de entrada en vigencia actual. Publicaremos una copia del Aviso actual en nuestros centros y en nuestro sitio web. Todo Aviso revisado estará a su disponibilidad tras su solicitud.

QUEJAS

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante SMH o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/, o puede llamar al (800) 368-1019. Para presentar una queja ante SMH, comuníquese con nuestro funcionario de privacidad. **No será sancionado por presentar una queja.** Para garantizar que contamos con suficiente información, solicitamos que las quejas se realicen por escrito.

Si tiene preguntas con respecto a este Aviso, comuníquese a:

St. Mary's Healthcare
Attn: Privacy Officer
427 Guy Park Avenue
Amsterdam, NY 12010
518-841-7102
518-770-7528