



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE SOLICITAR UNA CONTABILIDAD DE DIVULGACIONES QUE IDENTIFIQUE A CIERTAS OTRAS PERSONAS U ORGANIZACIONES A QUIENES HEMOS DIVULGADO SU INFORMACIÓN DE SALUD DE ACUERDO CON LA LEY APLICABLE Y LAS PROTECCIONES OTORGADAS EN ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. POR FAVOR, REVISE ESTE IMPORTANTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de la información de salud que puede revelar su identidad, y a proporcionarle una copia de este aviso que describe nuestras prácticas de privacidad de la información de salud. Una copia de nuestro aviso actual se publicará en nuestra área de recepción. Usted o su representante personal también pueden obtener una copia de este aviso accediendo a nuestro sitio web en www.LakeviewHS.org o solicitando una copia de nuestro personal del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea obtener más información, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Lakeview Health Services al (315) 789-0550

¿QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO?

Lakeview Health Services, Inc. brinda atención médica a individuos con juntamente con médicos y otros profesionales y organizaciones de atención médica. Las prácticas de privacidad descritas en este aviso serán cumplidas por:

- Cualquier profesional de la salud u otro proveedor de tratamiento que lo trate en cualquiera de nuestras ubicaciones.
- Todos los empleados, profesionales de la salud, estudiantes, pasantes o voluntarios en cualquiera de nuestras ubicaciones.
- Cualquier asociado comercial de Lakeview Health (que se describen con más detalle a continuación).

PERMISOS DESCRITOS EN ESTE AVISO

Este aviso explicará los diferentes tipos de permiso que obtendremos de usted antes de usar o divulgar su información de salud para una variedad de propósitos. Los tres tipos de permisos a los que se hace referencia en este aviso son:

- Un "consentimiento general por escrito", que debemos obtener de usted para usar y divulgar su información de salud, para tratarlo o cuidarlo, para obtener el pago de ese tratamiento o atención, y para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Debemos obtener este consentimiento general por escrito la primera vez que le proporcionemos tratamiento o atención. Este consentimiento general por escrito es un permiso amplio que no tiene que repetirse cada vez que le brindamos tratamiento o atención.
- Una "oportunidad de objetar", que debemos brindarle antes de que podamos usar o divulgar su información de salud para ciertos fines. En estas situaciones, tendrá la oportunidad de oponerse al uso o divulgación de su información de salud en persona, por teléfono o por escrito.
- Una "autorización por escrito", que proporcionará información detallada sobre las personas que pueden recibir su información de salud y los fines específicos para los cuales su información de salud puede ser utilizada o divulgada. Solo se nos permite usar y divulgar su información de salud como se describe y explica dentro de su autorización escrita firmada. La autorización por escrito tendrá fecha de caducidad.

INFORMACIÓN RESUMIDA IMPORTANTE

Requisito de Autorización por Escrito. Por lo general, obtendremos su autorización por escrito antes de usar su información de salud o compartirla con otras personas fuera de los programas. Si nos proporciona una autorización por escrito, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos confiado en ella. Para revocar una autorización, escriba a su Supervisor del Programa de Servicios de Salud de Lakeview o al Gerente del Programa. También puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona completando un formulario de autorización por escrito.

Excepciones al Requisito de Autorización por Escrito. Ciertas situaciones no requieren su autorización por escrito antes de usar su información de salud o compartirla con otros. Son los siguientes:

- **Excepción Para Tratamiento, Pago, y operaciones comerciales.** Solo obtendremos su consentimiento general por escrito una vez para usar y divulgar su información de salud para tratar o cuidar su afección, cobrar el pago de ese tratamiento o atención, o administrar nuestras operaciones comerciales. En algunos casos, también podemos divulgar su información médica a otro proveedor de atención médica o pagador para sus

actividades de pago y algunas de sus operaciones comerciales. Para obtener más información, consulte las páginas 5-6 de este aviso.

- **Excepción Para la Divulgación a Familiares y Amigos Involucrados en su Cuidado.** Le preguntaremos si tiene alguna objeción a compartir información sobre su salud con sus amigos y familiares involucrados en su atención. Para obtener más información, consulte la página 6 de este aviso.
- **Excepción en Emergencias o Necesidad Pública.** Podemos usar o divulgar su información de salud en una emergencia o para necesidades públicas importantes. Por ejemplo, podemos compartir su información con funcionarios de salud pública con los departamentos de salud del estado o la ciudad de Nueva York que están autorizados para investigar y controlar la propagación de enfermedades. Para obtener más ejemplos, consulte las páginas 6-8 de este aviso.
- **Exception if Information is Completely or Partially De-Identified.** We may use or disclose your health information if we have removed any information that might identify you personally so that the health information is “completely de-identified.” We may also use and disclose “partially de-identified” information if the person who will receive the information agrees in writing to protect the privacy of the information. For more information, please see page 9 of this notice.

Cómo Accederá su Información de Salud: Por lo general, tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud. Para obtener más información, consulte la página 9 de este aviso.

Cómo Corregir su Información de Salud: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud si cree que es inexacta o incompleta. Para obtener más información, consulte la página 10 de este aviso.

Cómo Identificar a Otros que han Recibido su Información de Salud: Usted tiene derecho a recibir una "contabilidad de divulgaciones" que identifique a ciertas personas u organizaciones a quienes hemos divulgado su información de salud de acuerdo con las protecciones descritas en este Aviso de prácticas de privacidad. Las divulgaciones de rutina no se incluirán en esta contabilidad, pero la contabilidad identificará las divulgaciones no rutinarias de su información. Para obtener más información, consulte la página 10 de este aviso.

Cómo Solicitar Protecciones de Privacidad Adicionales: Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre la forma en que usamos su información de salud o la compartimos con otros. No estamos obligados a aceptar la restricción que solicite, pero si lo hacemos, estaremos obligados por nuestro acuerdo. Para obtener más información, consulte la página 11 de este aviso.

Cómo Solicitar más Comunicaciones Confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera que sea más confidencial para usted. Trataremos de acomodar todas las solicitudes razonables. Para obtener más información, consulte la página 11 de este aviso.

Cómo Alguien Puede Actuar en su Nombre: Usted tiene el derecho de nombrar a un representante personal que pueda actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información de salud. Los padres y tutores generalmente tendrán el derecho de controlar la privacidad de la información de salud de los menores a menos que la ley permita que los menores actúen en su propio nombre.

Cómo Aprender Sobre las Protecciones Especiales Para el VIH, el abuso de alcohol y sustancias, la salud mental y la información genética: Se aplican protecciones especiales de privacidad a la información relacionada con el VIH, la información de tratamiento de abuso de alcohol y sustancias, la información de salud mental y la información genética. Es posible que algunas partes de este Aviso de prácticas de privacidad no se apliquen a estos tipos de información. Si su tratamiento involucra esta información, se le proporcionarán avisos separados que explican cómo se protegerá la información. Para solicitar copias de estos otros avisos, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Lakeview Health Services al (315) 789-0550

Cómo Obtener una Copia De este Aviso: Usted (o su representante personal) tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso. Para ello:

- Comuníquese con el Oficial de Privacidad de Lakeview al (315) 789-0550
- Solicite una copia al personal del programa
- Visite nuestro sitio web en www.LakeviewHS.org

Cómo Obtener una Copia del Aviso Revisado: Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad de vez en cuando. Si lo hacemos, revisaremos este aviso para presentar un resumen preciso de nuestras prácticas. El aviso revisado se aplicará a toda su información de salud. Publicaremos el aviso revisado en el área de recepción del programa residencial. Usted o su representante personal también podrán obtener una copia del aviso revisado. Para ello:

- Comuníquese con el Oficial de Privacidad de Lakeview al (315) 789-0550
- Solicite una copia al personal del programa
- Visite nuestro sitio web en www.LakeviewHS.org

La fecha de revisión del aviso siempre se anotará en la esquina inferior derecha del documento. Estamos obligados a cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigor.

Cómo Presentar una Queja: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja poniéndose en contacto con uno de los siguientes:

- El Oficial de Privacidad de Lakeview Health Services, al (315) 789-0550
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) a través de una queja por escrito enviada por correo a 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775
- El Centro Federal para Sordos y Personas con Discapacidad Auditiva al 1-800-877-8339

Nadie tomará represalias ni tomará medidas contra usted por presentar una queja.

QUÉ INFORMACIÓN SANITARIA ESTÁ PROTEGIDA

Nos comprometemos a proteger la privacidad de la información que recopilamos sobre usted mientras brindamos servicios relacionados con la salud. Algunos ejemplos de información de salud protegida son:

- Información que indica que usted es una persona que recibe servicios en uno o más de nuestros programas
- Información sobre su condición de salud (como un diagnóstico psiquiátrico que pueda haber recibido)
- Información sobre beneficios o servicios que haya recibido o pueda recibir en el futuro
- Información sobre rehabilitación, servicios de apoyo u otro tipo de asesoramiento que pueda estar recibiendo
- Información sobre los beneficios que puede recibir bajo Medicaid, o
- Información sobre sus beneficios de atención médica bajo un plan de seguro (por ejemplo, si una receta está cubierta)

cuando se combina con:

- Información demográfica (como su nombre, dirección o estado del seguro)
- Números únicos que pueden identificarlo (como su número de seguro social, su número de teléfono o su número de licencia de conducir); y
- Otros tipos de información que pueden identificar quién es usted

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

1. Treatment, Payment and Business Operations

Con su consentimiento general por escrito, podemos usar su información médica o compartirla con otros para brindarle tratamiento o atención, obtener el pago de ese tratamiento o atención y administrar nuestras operaciones comerciales. En algunos casos, también podemos divulgar su información médica para actividades de pago y ciertas operaciones comerciales de otro proveedor de atención médica o pagador. A continuación, se presentan ejemplos adicionales de cómo se puede usar y divulgar su información para estos fines.

Tratamiento. Podemos compartir su información de salud con otros empleados de Lakeview involucrados en servicios directos o administración de programas que están involucrados en su atención, y ellos a su vez pueden usar esa información para tratarlo. Un proveedor de tratamiento en nuestro programa puede compartir su información de salud con otro proveedor de tratamiento dentro de nuestro programa, o con un proveedor de tratamiento en otro centro de atención médica para determinar cómo diagnosticarlo o tratarlo. Su proveedor de tratamiento también puede compartir su información de salud con otro proveedor de tratamiento a quien se le haya referido para recibir atención médica adicional.

Pago. Podemos usar su información de salud o compartirla con otros para que podamos obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre usted con Medicare, Medicaid o su compañía de seguros de salud para obtener el reembolso del tratamiento o la atención que le hemos brindado, o para determinar la elegibilidad de cobertura

para su tratamiento o atención futura. Finalmente, podemos compartir su información con otros proveedores y pagadores para sus actividades de pago.

Operaciones Comerciales. Podemos usar su información de salud o compartirla con otros para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted, o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que le brindan. Finalmente, podemos compartir su información de salud con otros proveedores de atención médica y pagadores necesarios para sus operaciones comerciales si la información está relacionada con una relación que el proveedor o pagador tiene actualmente o tuvo anteriormente con usted, y si el proveedor o pagador está obligado por la ley federal a proteger la privacidad de su información de salud.

Alternativas de Tratamiento, Beneficios y Servicios. En el curso de la prestación de tratamiento a usted, podemos utilizar su información de salud para ponernos en contacto con usted para recomendarle posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación. Para respaldar nuestras operaciones comerciales, podemos usar información demográfica sobre usted, incluida información sobre su edad y sexo, al decidir si nos comunicamos con usted o con su representante personal para discutir donaciones caritativas para nuestras operaciones. También podemos compartir esta información con una fundación benéfica que puede contactarlo a usted o a su representante personal en nuestro nombre.

Socios Comerciales. Podemos divulgar su información de salud a contratistas, agentes y otros socios comerciales que necesitan la información para ayudarnos a obtener el pago o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con una compañía de facturación que nos ayude a obtener el pago de Medicaid, Medicare o su compañía de seguros. También podemos compartir su información de salud con una firma de contabilidad o bufete de abogados que nos brinde asesoramiento profesional sobre cómo mejorar nuestros servicios de atención médica y cumplir con la ley. Si divulgamos su información de salud a un socio comercial, requeriremos un contrato por escrito para garantizar que nuestro socio comercial también proteja la privacidad de su información de salud.

Todas las situaciones anteriores se aplican si ha firmado un formulario de consentimiento general por escrito. Su formulario de consentimiento general por escrito firmado estará vigente indefinidamente hasta cuándo y si revoca su consentimiento general por escrito. Puede revocar su consentimiento general por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos confiado en él. Por ejemplo, si le brindamos tratamiento o atención antes de que revoque su consentimiento general por escrito, aún podemos compartir su información médica con su compañía de seguros para obtener el pago de ese tratamiento o atención. Para revocar su consentimiento general por escrito, envíe su solicitud por escrito a Lakeview Health Services Privacy en 600 West Washington Street, Geneva, NY 14456

2. Familiares y Amigos Involucrados en su Cuidado

Podemos compartir su información de salud con familiares y amigos involucrados en su atención, sin su autorización por escrito. Siempre le brindaremos la oportunidad de objetar a

menos que esté incapacitado cuando llegue por primera vez al programa (en cuyo caso discutiremos sus preferencias con usted tan pronto como recupere la capacidad). Seguiremos sus deseos a menos que la ley nos exija hacer *lo contrario*.

Si no se opone, podemos compartir su información de salud con un familiar, pariente o amigo cercano que esté involucrado en su atención o pago por su atención. También podemos notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación y estado general mientras está en uno de nuestros programas, incluida la notificación del desafortunado evento de su muerte. En algunos casos, es posible que necesitemos compartir su información con una organización de ayuda en casos de desastre que nos ayude a notificar a estas personas.

3. Emergencias o Necesidad de Public

Podemos usar su información de salud, y /o compartirla con otros, para su tratamiento durante una emergencia o para satisfacer necesidades públicas importantes. No se nos pedirá que obtengamos su consentimiento general por escrito antes de usar o divulgar su información por estos motivos. Sin embargo, obtendremos su autorización por escrito o le brindaremos la oportunidad de objetar el uso y la divulgación de su información de salud en estas situaciones cuando la ley estatal lo exija específicamente.

Emergencias. Podemos usar o divulgar su información de salud si necesita tratamiento de emergencia o si la ley nos exige que lo tratemos, pero no podemos obtener su consentimiento general por escrito. Si esto sucede, intentaremos obtener su consentimiento dentro de un período de tiempo razonable después de que lo tratemos.

Barreras de Comunicación. Podemos usar y divulgar su información de salud si no podemos obtener su consentimiento debido a barreras de comunicación sustanciales, y creemos que desearía tratamiento si pudiéramos comunicarnos con usted.

Según lo exija la ley. Podemos usar o divulgar su información de salud si la ley nos exige que lo hagamos. También le notificaremos de estos usos y divulgaciones si la ley lo requiere.

Actividades de Salud Pública. Podemos divulgar su información de salud a funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia gubernamental extranjera que colabore con dichos funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con funcionarios gubernamentales que son responsables de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información de salud a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad si una ley nos lo permite.

Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica. Podemos divulgar su información de salud a una autoridad de salud pública que esté autorizada para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, podemos reportar su información a funcionarios del gobierno si creemos razonablemente que usted ha sido víctima de dicho abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos todo lo posible para obtener su permiso antes de divulgar esta información, pero en algunos casos, es posible que se nos solicite o autorice actuar sin su permiso.

Actividades de Supervisión de la Salud. Podemos divulgar su información de salud a agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales monitorean las operaciones de los sistemas de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales como Medicare y Medicaid, y examinan el cumplimiento de los programas regulatorios gubernamentales y las leyes de derechos civiles.

Monitoreo, Reparación y Retiro de Productos. Podemos divulgar su información de salud a una persona o compañía que esté regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos con el propósito de: (1) informar o rastrear defectos o problemas del producto; (2) reparar, reemplazar o retirar productos defectuosos o peligrosos; o (3) monitorear el rendimiento de un producto después de que haya sido aprobado para su uso por el público en general.

Demandas y Disputas. Podemos divulgar su información de salud si un tribunal judicial o administrativo que está manejando una demanda u otra disputa nos lo ordena.

Aplicación de la Ley. Podemos divulgar su información de salud a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley por las siguientes razones:

- Para cumplir con las órdenes judiciales o las leyes que estamos obligados a seguir
- Para ayudar a los agentes del orden público a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida
- Si ha sido víctima de un delito y determinamos que: (1) no hemos podido obtener su consentimiento general por escrito debido a una emergencia o su incapacidad; (2) los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley necesitan esta información de inmediato para llevar a cabo sus deberes de aplicación de la ley; y (3) en nuestro juicio profesional, la divulgación a estos oficiales es lo mejor para usted
- Si sospechamos que su muerte fue el resultado de una conducta criminal, o
- Si es necesario para denunciar un delito ocurrido en nuestra propiedad

Para Evitar una Amenaza Grave e Inminente Para la Salud o la Seguridad. Podemos usar su información de salud o compartirla con otros cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otra persona o el público en general. En tales casos, solo compartiremos su información con alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. También podemos divulgar su información de salud a los agentes de la ley si nos dice que participó en un delito violento que puede haber causado daños físicos graves a otra persona, o si determinamos que escapó de la custodia legal (como una prisión o institución de salud mental).

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia o Servicios de Protección. Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados que realizan actividades de seguridad nacional e inteligencia o que brindan servicios de protección al Presidente u otros funcionarios importantes.

Reclusos e Instituciones Correccionales. Si más tarde es encarcelado en una institución correccional o detenido por un oficial de la ley, podemos divulgar su información de salud a los oficiales de prisiones o agentes de la ley, si es necesario, para brindarle atención médica o para

mantener la seguridad y el buen orden en el lugar donde está confinado. Esto incluye compartir información que sea necesaria para proteger la salud y la seguridad de otros reclusos o personas involucradas en la supervisión o el transporte de reclusos.

Compensación de Trabajadores. Podemos divulgar su información de salud para compensación de trabajadores o programas similares que brindan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

Forenses, Médicos Forenses y Directores de Funerarias. En el desafortunado caso de su muerte, podemos divulgar su información de salud a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar esta información a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus deberes.

Donación de Órganos y Tejidos. En el desafortunado caso de su muerte, podemos divulgar su información de salud a organizaciones que adquieren o almacenan órganos, ojos u otros tejidos para que estas organizaciones puedan investigar si la donación o el trasplante es posible según las leyes aplicables.

Investigación. En la mayoría de los casos, le pediremos su autorización por escrito antes de usar su información de salud o compartirla con otros para realizar investigaciones. Sin embargo, bajo algunas circunstancias, podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización por escrito si obtenemos la aprobación a través de un proceso especial para garantizar que la investigación sin su autorización por escrito represente un riesgo mínimo para su privacidad. Bajo ninguna circunstancia, sin embargo, permitiríamos que los investigadores usen su nombre o identidad públicamente. También podemos divulgar su información de salud sin su autorización por escrito a las personas que están preparando un proyecto de investigación futuro, siempre y cuando cualquier información de identificación personal no salga de nuestras instalaciones. En el desafortunado caso de su muerte, podemos compartir su información de salud con personas que están realizando investigaciones utilizando la información de personas fallecidas, siempre y cuando acepten no eliminar ninguna información que lo identifique de nuestras instalaciones.

4. Completamente Denificado or Parcialmente De-Información Denificada

Podemos usar y divulgar su información de salud después de haber eliminado cualquier información que tenga el potencial de identificarlo. Esta información de salud se describe como "completamente des identificada". También podemos usar y divulgar información de salud "parcialmente des identificada" sobre usted si la persona que recibirá la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información según lo exijan las leyes federales y estatales. La información de salud parcialmente des identificada *no* contendrá ninguna información que lo identifique directamente, como su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección del sitio web o número de licencia.

5. Divulgaciones Incidentales

Si bien tomaremos medidas razonables para salvaguardar la privacidad de su información de salud, ciertas divulgaciones de su información de salud pueden ocurrir durante o como resultado inevitable de nuestros usos o divulgaciones de su información de salud que de otro modo serían permisibles. Por ejemplo, durante una sesión de tratamiento, otras personas en el área de tratamiento pueden ver, o escuchar la discusión de, su información de salud.

SUS DERECHOS PARA ACCEDER Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos para acceder y administrar su información de salud. Estos derechos son importantes porque ayudan a garantizar que su información de salud sea precisa. Estos derechos le ayudan a controlar la forma en que usamos y compartimos su información y la forma en que nos comunicamos con usted sobre sus asuntos médicos.

1. Derecho a Inspeccionar un Registro de Copia

Tiene derecho a obtener e inspeccionar una copia de cualquier información de su salud, incluidos los registros médicos y de facturación, que podría usarse para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento mientras mantengamos esta información en nuestros registros. Para inspeccionar u obtener una copia de su información de salud, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de Lakeview Health Services, 600 West Washington Street, Geneva, NY 14456. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envíe por correo u otros suministros que utilizamos para cumplir con su solicitud. La tarifa estándar es de \$ 0.75 por página y generalmente debe pagarse antes o en el momento en que proporcionamos las copias. Responderemos a su solicitud de inspección de registros dentro de los 10 días. Por lo general, responderemos a las solicitudes de copias dentro de los 30 días si la información se encuentra en nuestras instalaciones, y dentro de los 60 días si se encuentra fuera del sitio. Si necesitamos tiempo adicional para responder a una solicitud de copias, le notificaremos por escrito dentro del plazo anterior para explicarle el motivo de la demora y cuándo puede esperar tener una respuesta final a su solicitud.

Bajo circunstancias muy limitadas, podemos denegar su solicitud para inspeccionar u obtener una copia de su información. Si se le niega, le proporcionaremos un resumen de su información. También entregaremos un aviso por escrito que explique nuestras razones para proporcionar solo un resumen, incluida una descripción completa de sus derechos a que se revise esa decisión y cómo puede ejercer esos derechos. El aviso también incluirá información sobre cómo presentar una queja sobre estos problemas con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tenemos motivos para denegar solo una parte de su solicitud, para obtener información, le proporcionaremos acceso completo a las partes restantes.

2. Derecho to Enmendar Registros

Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información se mantenga en nuestros registros. Para solicitar una enmienda, escriba al Oficial

de Privacidad de Lakeview Health Services, 600 West Washington Street, Geneva, NY 14456. Su solicitud debe incluir las razones por las que cree que deberíamos hacer la enmienda. Normalmente, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para responder, le notificaremos por escrito dentro de los 60 días para explicarle la razón del retraso y la fecha en que puede esperar tener una respuesta final a su solicitud.

Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos un aviso por escrito que explique nuestras razones para hacerlo. Tendrá derecho a que cierta información relacionada con la enmienda solicitada se incluya en sus registros. Por ejemplo, si no está de acuerdo con nuestra decisión, tendrá la oportunidad de presentar una declaración explicando su desacuerdo que incluiremos en sus registros. También incluiremos información sobre cómo presentar una queja con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos procedimientos se explicarán con más detalle en cualquier notificación de denegación por escrito que le enviemos.

3. Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones

Después del 14 de abril de 2003, usted tiene derecho a solicitar una "contabilidad de divulgaciones" que identifique a ciertas otras personas u organizaciones a quienes hemos divulgado su información de salud de acuerdo con la ley aplicable y las protecciones otorgadas en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Una contabilidad de divulgaciones no describe las formas en que su información de salud se ha compartido dentro y entre el programa residencial y las instalaciones enumeradas al principio de este aviso, siempre y cuando se hayan seguido todas las demás protecciones descritas en este Aviso de prácticas de privacidad.

Una contabilidad de divulgaciones tampoco incluye información sobre las siguientes divulgaciones:

- Divulgaciones que le hicimos a usted o a su representante personal
- Divulgaciones que hicimos de conformidad con su autorización por escrito
- Divulgaciones que hicimos para tratamiento, pago u operaciones comerciales
- Divulgaciones hechas a sus amigos y familiares involucrados en su atención o pago por su atención
- Divulgaciones que fueron incidentales a usos permisibles y divulgaciones de su información de salud (por ejemplo, cuando la información es escuchada por otro residente que pasa)
- Divulgaciones con fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones comerciales de porciones limitadas de su información de salud que no lo identifican directamente
- Revelaciones hechas a funcionarios federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia
- Divulgaciones sobre reclusos a instituciones correccionales o agentes de la ley, o
- Divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003

Para solicitar una contabilidad de las divulgaciones, escriba al Oficial de Privacidad de Lakeview Health Services, 600 West Washington Street, Ginebra, NY 14456. Su solicitud debe indicar un período de tiempo dentro de los últimos seis años (pero después del 14 de abril de 2003) para las

divulgaciones que desea que incluyamos. Por ejemplo, puede solicitar una lista de las divulgaciones que hicimos entre el 1 de enero de 2004 y el 1 de enero de 2005. Tiene derecho a recibir una contabilidad dentro de cada período de 12 meses de forma gratuita. Sin embargo, podemos cobrarle por el costo de proporcionar cualquier contabilidad adicional en ese mismo período de 12 meses. Siempre le notificaremos de cualquier costo involucrado para que pueda optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en cualquier costo.

Normalmente, responderemos a su solicitud de contabilidad dentro de los 60 días. Si necesitamos tiempo adicional para preparar la contabilidad que ha solicitado, le notificaremos por escrito sobre el motivo de la demora y la fecha en que puede esperar recibir la contabilidad. En casos raros, es posible que tengamos que retrasar la prestación de la contabilidad sin notificarle porque un funcionario encargado de hacer cumplir la ley o una agencia gubernamental nos lo ha pedido.

4. Derecho a Solicitar Protecciones de Privacidad Adicionales

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos aún más la forma en que usamos y divulgamos su información médica para brindarle tratamiento o atención, cobrar el pago de ese tratamiento o atención, o administrar nuestras operaciones comerciales. También puede solicitar que limitemos la forma en que divulgamos información sobre usted a familiares o amigos involucrados en su atención. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información sobre una cirugía que tuvo. Para solicitar restricciones, escriba al Oficial de Privacidad de Lakeview Health Services, 600 West Washington Street, Geneva, NY 14456. Su solicitud debe incluir (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar la forma en que usamos la información, cómo la compartimos con otros o ambas; y (3) a quién desea que se apliquen los límites.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción y, en algunos casos, la restricción que solicita puede no estar permitida por la ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo, estaremos obligados por nuestro acuerdo a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley. Una vez que hayamos acordado una restricción, usted tiene derecho a revocar la restricción en cualquier momento. En algunas circunstancias, también tendremos el derecho de revocar la restricción si le notificamos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de poder revocar la restricción.

5. Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted o su representante personal sobre sus asuntos médicos de una manera más confidencial solicitando que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Para solicitar más comunicaciones confidenciales, escriba al Oficial de Privacidad de Lakeview Health Services, 600 West Washington Street, Geneva, NY 14456. No requeriremos el motivo de su solicitud. Intentaremos acomodar todas las solicitudes razonables. Especifique en su solicitud cómo usted o su representante personal desean ser contactados, y cómo se manejará el pago de su atención médica si nos comunicamos con su representante personal a través de este método o ubicación alternativa.

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia de este Aviso de prácticas de privacidad y, por lo tanto, se me ha informado de cómo mi información de salud puede ser utilizada y divulgada por el personal de Lakeview Health Services, Inc. y las instalaciones enumeradas al principio de este aviso, y cómo puedo obtener acceso y controlar esta información. También reconozco y entiendo que puedo solicitar copias de avisos separados que expliquen las protecciones especiales de privacidad que se aplican a la información relacionada con el VIH, la información de tratamiento de abuso de alcohol y sustancias, la información de salud mental y la información genética.

Firma de un Representante Individual o Personal

Imprimir el Nombre del Representante Individual o Personal

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

Por firmando a continuación, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud para organizar mi tratamiento y atención médica para buscar y recibir el pago por los servicios que se me dieron, y para las operaciones comerciales de Lakeview Health Services, Inc., su personal y las instalaciones enumeradas al principio de este aviso.

Firma de un Representante Individual o Personal

Imprimir el Nombre del Representante Individual o Personal

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante Personal