

HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES SUMMARY

Effective Date: APRIL 14, 2003

THIS SUMMARY DESCRIBES HOW PROTECTED HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED BY THE HOSPITAL AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. MORE DETAILED INFORMATION IS CONTAINED IN THE HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. **PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

NewYork-Presbyterian Hospital is committed to providing privacy for all of our patients in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) and existing New York State law. As required by law, we will provide you with a copy of our Notice of Privacy Practices which describes the health information privacy practices of our Hospital, its medical staff, administrative staff, students, and volunteers. The Notice will be posted in our Admitting area and in other locations at the Hospital. If you have any questions about this Notice or would like further information, please contact the NewYork-Presbyterian Hospital Privacy Officer at (212) 746-1327.

IMPORTANT SUMMARY INFORMATION

1. Requirement For Written Authorization

Under certain circumstances we may obtain your written authorization before using your health information or sharing it with others outside the hospital. If you provide us with written authorization, you may revoke that authorization at any time, except to the extent that we have already relied upon it.

Exceptions To The Written Authorization Requirement:

- **For Treatment, Payment and Healthcare Operations**—We do not need to obtain your authorization to use and disclose your health information to treat your condition, collect payment for that treatment, or run our Hospital's normal business operations.
- **For Facility Directory And Disclosure To Family and Friends Involved In Your Care**—If you do not object, we will include information about you in our Patient Directory and share information about your health with family and friends involved in your care. You may "opt out" of the Patient Directory and restrict what we tell your family and friends.
- **In Emergencies Or Public Need**—We may use or disclose your health information in an emergency or for important public needs. For example, we may share your information with public health officials at the New York State or City health departments who are authorized to investigate and control the spread of diseases.
- **If Information Does Not Identify You**—We may use or disclose your health information if we have removed any information that might reveal your identity.

2. Accessing Your Health Information

You generally have the right to inspect and request a copy of your health information.

3. Requesting Additional Privacy Protections

You have the right to request further restrictions on the way we use your health information or share it with others. We are not required to agree to your request, but if we do, we will be bound by our agreement.

4. Requesting More Confidential Communication

You have the right to request that we contact you in a way that is more confidential, such as at work instead of at home.

5. Amending Your Health Information

You have the right to request that we amend your health information if you believe it is inaccurate or incomplete.

6. Accounting For Disclosures

You have the right to receive an accounting of disclosures which identifies certain persons or organizations to which we have disclosed your health information in accordance with the protections described in the HIPAA Notice of Privacy Practices. However, we are not required to account for any disclosures made before April 14, 2003.

7. Someone May Act On Your Behalf

You have the right to name a personal representative who may act on your behalf to control the privacy of your health information. Parents and guardians generally have the right to control the privacy of health information about minors unless the minors are permitted by law to act on their own behalf.

8. Special Protection For HIV, Alcohol And Substance Abuse, Mental And Genetic Information

Special privacy protections apply to HIV-related information, alcohol and substance abuse treatment information, mental health information, and genetic information. If your treatment involves this information, you will be provided with special authorization forms in connection with the disclosure of such information by the Hospital.

9. Obtaining A Copy Of The HIPAA Notice Of Privacy Practices

More detailed information is contained in the Hospital's HIPAA Notice of Privacy Practices. Copies are available at the Hospital's Main Information Desk.

10. Filing A Complaint

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with us or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with the Hospital, please contact our Privacy Office.

RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD DE HIPAA

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 14 DE ABRIL DE 2003

ESTE RESUMEN DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PODRÁ UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD Y EL MODO EN QUE PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. EL AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD DE HIPAA CONTIENE INFORMACIÓN MÁS DETALLADA. **REVÍSELA DETENIDAMENTE.**

El NewYork-Presbyterian Hospital se compromete a proveer confidencialidad a todos nuestros pacientes de conformidad con la Health Insurance Portability y Accountability Act (Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud, HIPAA, según sus siglas en inglés) y las leyes existentes del estado de Nueva York. Según lo exija la ley, le entregaremos una copia de nuestro Aviso de prácticas de confidencialidad, el cual describe las prácticas de confidencialidad con respecto a la información sobre la salud de nuestro hospital, personal médico, personal administrativo, estudiantes y voluntarios. El Aviso será exhibido en el área de ingreso y en otros lugares del hospital. Si desea formular alguna pregunta con respecto a este Aviso o desea obtener más información, póngase en contacto con la autoridad a cargo de la confidencialidad del NewYork-Presbyterian Hospital llamando al (212) 746-1327.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL RESUMEN

1. Requisito De Una Autorización Por Escrito

En determinadas circunstancias podemos obtener su autorización por escrito antes de utilizar la información acerca de su salud o de compartirla con otras personas o instituciones ajenas al hospital. Si nos da una autorización escrita, puede revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que nos hayamos basado en su autorización hasta ese momento.

Excepciones Del Requisito De Autorización Por Escrito:

- **Para Tratamiento, Pago Y Operaciones De Atención De La Salud**—No necesitamos obtener su autorización para utilizar y divulgar información acerca de su salud para tratar su afección, recaudar el pago de ese tratamiento o llevar a cabo las operaciones comerciales normales de nuestro hospital.
- **Para El Listado De La Institución Y La Divulgación A Familiares Y Amigos Involucrados En Su Cuidado**—Si usted no se opone, incluiremos información acerca de usted en nuestro listado de pacientes y compartiremos información sobre su salud con sus familiares y amigos a cargo de su atención. Puede "excluirse" del listado de pacientes y limitar lo que le informaremos a sus familiares y amigos.
- **En Emergencias O Necesidad Pública**—Podemos utilizar o divulgar la información sobre su salud en una emergencia o para necesidades públicas importantes. Por ejemplo, podemos compartir su información con funcionarios de los departamentos de salud pública del estado o de la ciudad de Nueva York que estén autorizados para investigar y controlar la propagación de enfermedades.
- **Si La Información No Lo Identifica**—Podemos utilizar o divulgar información acerca de su salud si hemos quitado todos los datos que pudieran revelar su identidad.

2. Acceso A La Información Sobre Su Salud

Generalmente, tiene derecho a inspeccionar y solicitar una copia de la información sobre su salud.

3. Solicitud De Protecciones Adicionales De La Confidencialidad

Tiene derecho a solicitar más restricciones sobre el modo en que utilizamos la información acerca de su salud o la compartimos con terceros. No se nos exige aceptar su solicitud, pero si lo hacemos, estaremos obligados por nuestro acuerdo.

4. Solicitud De Una Comunicación Más Confidencial

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera más confidencial, tal como en el trabajo en lugar de su hogar.

5. Modificación De La Información Sobre Su Salud

Tiene derecho a solicitar que modifiquemos la información sobre su salud si considera que es incorrecta o está incompleta.

6. Rendición De Cuentas De Las Divulgaciones

Tiene derecho a recibir una rendición de cuentas de las divulgaciones que identifique a determinadas personas u organizaciones a las que les hayamos revelado información sobre su salud, de conformidad con las protecciones descritas en el Aviso de prácticas de confidencialidad. No obstante, no se nos exige rendir cuentas de las divulgaciones que se hayan efectuado antes del 14 de abril de 2003.

7. Alguien Puede Actuar En Su Nombre

Tiene derecho a designar a un representante personal que puede actuar en su nombre para controlar la confidencialidad de la información sobre su salud. Los padres y los tutores generalmente tienen derecho a controlar la confidencialidad de la información sobre la salud de los menores a menos que la ley le permita a los menores actuar en su propio nombre.

8. Protección Especial Para Información Relacionada Con El VIH, El Abuso De Alcohol Y Sustancias Prohibidas Y La Información Sobre La Salud Mental Y Genética

Se aplican medidas especiales para la protección de la confidencialidad de la información relacionada con el VIH, la información sobre el tratamiento por abuso de alcohol y sustancias prohibidas, la información sobre la salud mental y la información genética. Si su tratamiento involucra esta información, se le entregarán formularios de autorización especial con respecto a la divulgación de dicha información por parte del hospital.

9. Obtención De Una Copia Del Aviso De Prácticas De Confidencialidad De HIPAA

El Aviso de prácticas de confidencialidad de HIPAA del hospital contiene información más detallada. Encontrará copias de este Aviso en el mostrador de información principal del hospital.

10. Presentación De Una Queja

Si considera que se han violado sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja ante nosotros o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services). Para presentar una queja al hospital, póngase en contacto con nuestra Oficina de Confidencialidad (Privacy Office).