

Catholic Health

Notificación de las prácticas de privacidad

En vigor a partir del 1.º de febrero de 2026



EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA CON ATENCIÓN. EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN, TAMBIÉN SE DESCRIBE LO SIGUIENTE: (1) SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD; Y (2) CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA EN RELACIÓN CON UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O LA SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD, O UNA VIOLACIÓN DE SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN.

Obligaciones de Catholic Health

Según lo dispone la ley, Catholic Health ("CH") debe mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida ("PHI"). La PHI es información de salud individualmente identificable, en cualquier formato, que está relacionada con afecciones anteriores, presentes o futuras y que puede identificarlo o usarse para identificarlo (por ejemplo, mediante su nombre, dirección, fecha de nacimiento o número de seguro social). CH debe cumplir con los términos de la presente Notificación.

¿Quiénes deben cumplir con esta Notificación?

CH y sus entidades (incluidos nuestros hospitales, residencias de ancianos, consultorios médicos, programas de cuidados paliativos y domiciliarios, y las otras entidades que son propiedad de CH o que CH opera) deben cumplir con esta notificación, al igual que los empleados, afiliados, proveedores de atención médica, personal médico, internos, estudiantes, voluntarios y socios comerciales de CH que están involucrados en su tratamiento o servicios en CH.

Cómo CH puede usar y divulgar la PHI:

Usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica: CH puede usar y divulgar su PHI sin su autorización previa con los siguientes fines:

- **Tratamiento:** para brindarle tratamiento o atención médica que incluya compartir la PHI con otros proveedores involucrados en su atención (médicos, enfermeros, farmacéuticos y otros centros o entidades de atención médica) a fin de coordinar la atención o con fines como citas, recordatorios o información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios de salud relacionados.
- **Pago:** para facturar y cobrar los servicios que se le brindan, como obtener el pago de su aseguradora de salud, verificar su cobertura del seguro o verificar que su aseguradora de salud pague sus servicios de atención médica.
- **Operaciones de atención médica:** para llevar a cabo las operaciones comerciales de CH, como la evaluación del desempeño del personal que lo atendió o la implementación de mejoras de calidad en la atención que se brinda en CH.
- **Socios comerciales:** a personas y empresas que CH ha contratado para crear, mantener, recibir o transmitir su PHI a fin de llevar a cabo ciertas funciones comerciales para CH o en nombre de CH, como la facturación de los servicios que se le brindan o el alojamiento del sistema de registros médicos electrónicos de CH. Según lo dispone la ley, los socios comerciales deben mantener la privacidad de su PHI de la misma forma que CH.

Usos y divulgaciones que requieren su autorización: CH puede usar y divulgar su PHI únicamente con su autorización previa con los siguientes fines:

- **Venta o marketing:** por motivos de marketing, inclusive si CH obtiene una ganancia financiera. No se incluye el marketing en persona por parte de CH, inclusive cuando se entrega un obsequio promocional de poco valor.
- **Anotaciones correspondientes a psicoterapia:** por motivos diferentes al tratamiento, pago u operaciones de atención médica, incluidos programas de capacitación de CH relacionados con terapia grupal, conjunta o familiar, o para defender a CH contra una acción legal u otro procedimiento legal.

Usos y divulgaciones que puede aceptar u objetar: CH puede usar y divulgar su PHI, a menos que usted indique lo contrario, esté de acuerdo o se oponga verbalmente o por escrito:

- **En directorios de centros:** para mantener el directorio de un centro que incluye su nombre, ubicación en el hospital (incluido el número de habitación, si corresponde), condición médica general y afiliación religiosa. A menos que se oponga, CH podrá compartir esta información (a excepción de la afiliación religiosa) con cualquier persona que pregunte por usted mencionando su nombre y también puede compartir su afiliación religiosa, además de otra información, con miembros del clero. Su información figurará en el directorio, a menos que usted le avise al personal de CH durante el registro.
- **A las personas involucradas en su atención:** cuando se brinda atención o tratamiento a otras personas, como familiares, parientes, amigos cercanos u otras personas que usted haya identificado que están involucradas en su atención o el pago de su atención o tratamiento. CH también podrá divulgar su PHI a las mismas personas en caso de una emergencia o para avisarles (o ayudar a avisarles) sobre su ubicación, condición general o fallecimiento, así como a otras personas antes de su fallecimiento (a menos que esto se contraponga con lo que expresó antes y de lo que CH tenga conocimiento).
- **A otras personas presentes:** cuando se brinda tratamiento o atención a otras personas presentes (incluidos familiares, otros parientes o amigos cercanos), si CH obtiene su consentimiento para dicha divulgación, le brinda la oportunidad de oponerse o tiene razones para determinar que usted no se opone a dicha divulgación.
- **En recaudación de fondos:** para comunicarse con usted a fin de apoyar las iniciativas de recaudación de fondos de CH, como usar las fechas de su tratamiento o el departamento o unidad en que recibió tratamiento. Puede optar por dejar de recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos en el futuro, para lo que debe comunicarse con CH. CH no puede condicionar el tratamiento o el pago en función de su elección.

- **Socorro en caso de desastre:** a una organización de socorro en caso de desastre, para contactar a familiares o amigos, o coordinar las actividades de socorro.
- **Circunstancias de emergencia:** en circunstancias de emergencia y situaciones relacionadas. Estas circunstancias pueden incluir casos en los que carece de la capacidad de oponerse; cuando la oportunidad de oponerse no es práctica; cuando, según el criterio profesional de un proveedor de atención médica de CH, es en beneficio de su atención o tratamiento; o cuando personas actúan en su nombre (como para retirar suministros médicos o medicamentos recetados). CH también podrá basarse en las preferencias que haya expresado con anterioridad.

Usos y divulgaciones que no requieren su autorización u oportunidad de oponerse: CH puede usar y divulgar su PHI sin su autorización previa o la oportunidad de oponerse con los siguientes fines:

- **Actividades de salud pública:** a autoridades de salud pública para las siguientes actividades de salud pública:
 - informar reacciones adversas a medicamentos, defectos o problemas de productos, alteraciones de productos biológicos y fines de seguimiento, así como para facilitar retiradas, reparaciones o reemplazos y notificaciones a las personas de lo mencionado, incluido lo sujeto a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos ("FDA");
 - prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad, que incluye, entre otros aspectos, la notificación de enfermedades, vacunaciones, lesiones, acontecimientos vitales como nacimientos o fallecimientos, la realización de vigilancia de salud pública, investigaciones o intervenciones, o al funcionario de un organismo gubernamental extranjero que actúa en colaboración con una autoridad de salud pública;
 - informar abuso o abandono infantil a una autoridad pública autorizada a recibir dicha información;
 - avisarle a una persona que podría haber estado expuesta a una enfermedad infecciosa o contagiosa, o podría estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad;
 - realizar vigilancia posterior a la comercialización de la FDA;
 - brindar información a su empleador para cumplir con las leyes que rigen enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo, o vigilancia médica en el lugar de trabajo, como la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional ("OSHA");
 - brindar información sobre vacunación a una escuela, siempre que la PHI se limite a la acreditación de la vacunación y siempre que CH obtenga y documente el consentimiento de la divulgación del paciente adulto o el padre, tutor legal u otra persona que actúe *in loco parentis* de un paciente menor.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** a una autoridad gubernamental que esté autorizada por la ley a recibir dichos informes, como una agencia de servicios sociales o de protección, si CH tiene motivos razonables para creer que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En ciertos casos, CH es responsable de informarle a usted sobre dicha divulgación.
- **Actividades de supervisión de la salud:** a una agencia de supervisión de la salud que esté autorizada por la ley a realizar actividades de supervisión, como auditorías, investigaciones (incluidas actividades conjuntas relacionadas con la investigación de beneficios públicos), inspecciones, licencias o acciones disciplinarias, o investigaciones civiles, administrativas o penales que involucren a CH, o un programa gubernamental de beneficios para el cual su PHI sea pertinente, como Medicare y Medicaid.
- **Procedimientos jurídicos:** en respuesta a una orden judicial o citación en procedimientos judiciales o administrativos, o en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otra solicitud legal en ciertas circunstancias lícitas.
- **Aplicación de la ley:** a funcionarios de aplicación de la ley en situaciones como estas:
 - cuando lo disponga la ley o conforme a una orden judicial, citación del gran jurado, orden de registro/arresto;
 - con fines de identificar y ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo o desaparecido;
 - para denunciar una muerte sospechosa que podría haber ocurrido debido a una conducta delictiva;
 - para denunciar un presunto delito que ocurrió en la propiedad de CH.
- **Víctimas de delitos:** a funcionarios de aplicación de la ley si se sospecha que usted es víctima de un delito (según corresponda, donde usted acepte la divulgación o, en circunstancias en las que no pueda aceptar la divulgación y se necesite la PHI, como en una emergencia o si usted es incapaz).
- **Personas fallecidas:** a un juez de instrucción, médico forense o director de funeraria autorizado por la ley a recibir PHI para cumplir con sus obligaciones.
- **Donación de órganos y tejidos:** a agencias de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la obtención, preservación o trasplante de órganos, ojos o tejidos con fines de donación y trasplante.
- **Amenaza de daño o para la seguridad pública:** con el fin de prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud y la seguridad de una persona o el público (incluidos aquellos que podrían prevenir o disminuir dicha amenaza) o a un funcionario de aplicación de la ley, como para identificar o capturar a una persona sospechosa de participar en un delito violento o que ha escapado de un centro penitenciario.
- **Funciones gubernamentales especializadas,** que incluyen lo siguiente:
 - a autoridades de mando militares si usted es un miembro de las fuerzas armadas;
 - a una autoridad militar extranjera si usted es un militar extranjero;
 - a funcionarios federales autorizados que llevan a cabo actividades de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional;
 - a funcionarios federales autorizados, a jefes de Estado extranjeros u otras personas autorizadas por la ley, para los servicios de protección del presidente y otras personas;
 - a los centros penitenciarios que albergan presos u otras personas con el fin de brindarles atención, para proteger su salud y la seguridad de la persona o de otros como oficiales que transportan presos o personas, o para la seguridad y protección del centro;
 - al Sistema Nacional de Verificación Instantánea de Antecedentes Penales ("NICS") o agencia o comisión estatal, para identificar a una persona que tiene prohibido poseer un arma en virtud de la ley federal o estatal.

- **Compensación para trabajadores:** según la autorización de las leyes estatales relacionadas con la compensación para trabajadores o programas similares.
- **Investigación:** con fines de investigación, sujeto a los requisitos de la ley aplicable. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial que procura mantener el equilibrio entre las necesidades de investigación y la necesidad de privacidad de un paciente. Cuando sea necesario, CH obtendrá una autorización o consentimiento por escrito antes de usar su PHI con fines de investigación.
- **Según lo disponga la ley:** según lo estipulado por cualquier otra ley no mencionadas en esta Notificación.

Usos y divulgaciones de información de salud reproductiva: CH puede usar y divulgar información de salud reproductiva (PHI relacionada con tratamientos previos y posteriores al embarazo, estudios de ambos padres y planificación familiar) de la misma forma que otra PHI explicada en esta Notificación, salvo con los fines de realizar una investigación penal, civil o administrativa, o imponer una responsabilidad penal, civil o administrativa a cualquier persona por el mero hecho de buscar, obtener, brindar o facilitar atención de salud reproductiva, donde dicha atención médica sea legal. Además, CH no puede usar ni divulgar esta información para identificar a una persona con el fin de realizar dicha investigación o imponer una responsabilidad.

- CH puede requerir una confirmación antes del uso o la divulgación de este tipo de PHI.

Usos y divulgaciones de información sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (“SUD”) (programas de la Parte 2): CH solo puede usar y divulgar información de salud relacionada con el tratamiento de SUD que se haya generado u obtenido a través de programas operados como programas de la “Parte 2” de las siguientes formas:

- **Tratamiento, pago y operaciones de atención médica:** CH requiere su consentimiento para el uso y la divulgación de información de salud relacionada con el tratamiento de SUD en virtud de un programa de la Parte 2 de CH. Puede proporcionar un único consentimiento para usos o divulgaciones futuros y continuos de información sobre el tratamiento de SUD.
- **Procedimientos legales, civiles o administrativos:** CH requiere su consentimiento para el uso y la divulgación de información de salud relacionada con el tratamiento de SUD en virtud de un programa de la Parte 2 de CH, o un testimonio que transmita el contenido de información sobre el tratamiento de SUD, en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra. Además, se requiere una orden judicial que autorice el uso y la divulgación, o un mandato legal similar. La información solo puede usarse o divulgarse una vez que usted haya recibido una notificación y la oportunidad de ser escuchado, o que CH, como el poseedor de esta información, haya recibido la notificación y una oportunidad de ser escuchado.
- **Recaudación de fondos:** a fin de recaudar fondos en beneficio del programa de la Parte 2 de CH solo si primero se le brinda una oportunidad clara y evidente para elegir no recibir dichas comunicaciones sobre recaudación de fondos.
- **Autoridades de salud pública:** a una autoridad de salud pública sin su consentimiento si se elimina la información que permita identificarlo de los registros que se divulgarán, conforme a la HIPAA.
- **Otros fines:** sin su consentimiento con fines que incluyen lo siguiente: (i) para su tratamiento en una emergencia; (ii) para auditorías y evaluaciones; (iii) para investigaciones; (iv) conforme a una orden judicial; (v) a una organización de servicio calificada (es decir, un contratista) que presta servicios; (vi) dentro de CH dado que CH mantiene “control administrativo directo” de los programas de la Parte 2 de CH, si se relaciona con obligaciones referentes al diagnóstico, tratamiento o derivación de SUD; (vii) para denunciar abuso, negligencia o maltrato; y (viii) para denunciar un delito que ocurrió en las instalaciones de un programa de la Parte 2 de CH.

Nota: Las leyes y normativas federales podrían imponer requisitos adicionales a la divulgación de información sobre el tratamiento de SUD. Además, CH usará y divulgará información de programas de la Parte 2 que no se describe en esta Notificación solo con su consentimiento por escrito.

Divulgaciones posteriores de la información de salud: según el tipo de PHI, las leyes federales o estatales podrían prohibir la divulgación posterior por parte del receptor. En relación con la información obtenida por un programa de la Parte 2 de CH con su consentimiento para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, dicho programa o un socio comercial de CH pueden volver a divulgarla, sin su consentimiento, en la medida en que las normativas de la HIPAA permitan dicha divulgación. Si se permite la divulgación posterior por parte del receptor, dicha información ya no estará protegida por las disposiciones de la ley federal.

Información adicional y revocación de autorización o consentimiento: otros usos y divulgaciones de PHI no descritos en esta Notificación o permitidos por la ley pueden requerir su autorización o consentimiento por escrito. Además, si proporciona a CH una autorización o consentimiento por escrito, usted puede revocar dicha autorización o consentimiento por escrito en cualquier momento (excepto en la medida en que hayamos recibido su revocación después de haber actuado sobre la base de su autorización o consentimiento por escrito). En relación con la información sobre el tratamiento de SUD en virtud de programas de la Parte 2 de CH, CH tiene prohibido volver a divulgar información tras haber recibido el consentimiento por escrito. Para revocar una autorización o consentimiento por escrito, comuníquese con la entidad específica de CH que le brindó tratamiento (p. ej., el Departamento de Gestión de Información de Salud [HIM] de un hospital o el consultorio médico en el que se atendió).

Sus derechos:

Usted (o su representante personal que actúa en su nombre) tiene ciertos derechos para el acceso y el control de su información de salud. Estos incluyen el derecho a hacer lo siguiente:

Inspeccionar su información de salud y obtener una copia de esta: para inspeccionar sus registros médicos u obtener copias de estos.

- Debe presentar su solicitud por escrito, para lo que debe completar el formulario “*Autorización para el uso y la divulgación de información de salud conforme a la HIPAA*” que está disponible en www.chsli.org/medical-records. También puede encontrar más información en el mismo sitio web, incluidas instrucciones sobre cómo completar el formulario, adónde enviar la solicitud, cómo obtener una copia de su PHI a través del sistema en línea de CH y cómo inscribirse en una cuenta de MyChart de CH (acceso rápido y fácil a su PHI).
- Para obtener una copia de sus registros de facturación únicamente, debe enviar una solicitud completa a la siguiente dirección: Patient Accounts, CH Service Center, 245 Old Country Road, Melville, NY 11747.

En algunos casos, CH puede cobrar un cargo razonable basado en el costo por los costos relacionados con el suministro de copias de su PHI. Si corresponde, se le brindará un cálculo del cargo antes de que CH cumpla con su solicitud. Si no se puede suministrar la PHI en el formato que solicita, CH se la proporcionará en nuestro formato electrónico estándar o como un documento impreso. CH suele cumplir con las solicitudes lo antes posible y en el plazo de 10-30 días de la recepción de una solicitud por escrito. CH tiene derecho a negar el acceso a su PHI en algunos casos. Si se rechaza su solicitud, le proporcionaremos una explicación oportuna por escrito sobre el motivo del rechazo.

Modificar su PHI: para modificar su PHI (que mantiene CH) si considera que es incorrecta o está incompleta.

- Debe presentar su solicitud por escrito, para lo que debe completar el formulario *“Solicitud de modificación/corrección de información de salud protegida”* que está disponible en www.chsli.org/medical-records. También hay más información disponible en el mismo sitio web, incluidas instrucciones sobre cómo completar el formulario y adónde enviar la solicitud. En toda solicitud de modificación, se debe especificar qué parte de la PHI desea que se modifique y los motivos por los que solicita el cambio.
- CH puede rechazar su solicitud de modificación si tenemos razones para creer que la información existente es precisa y está completa, si no creamos la PHI o si se aplican otras circunstancias especiales. CH le avisará por escrito sobre el rechazo de la solicitud de modificación en un plazo de 60 días.

Solicitar un informe de las divulgaciones de su PHI: para recibir un informe de ciertas divulgaciones de su PHI por parte de CH.

- Debe presentar su solicitud de un informe de divulgaciones de PHI por escrito, para lo que debe completar el formulario *“Solicitud de informe de divulgaciones”* que está disponible en www.chsli.org/medical-records. También hay más información disponible en el mismo sitio web, incluidas instrucciones sobre cómo completar el formulario y adónde enviar la solicitud.
- En un “informe de divulgaciones”, se detalla información sobre la forma en que CH ha divulgado su PHI en los últimos seis (6) años o, en el caso de la información sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en virtud de un programa de la Parte 2 de CH, los últimos tres (3) años. Se incluirá la persona o entidad a la que CH divulgó su PHI, así como el motivo de la divulgación. En el informe de divulgaciones, no se incluirán las divulgaciones de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o cuando haya autorizado la divulgación por escrito, a menos que la divulgación esté relacionada con información sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en virtud de un programa de la Parte 2 de CH.
- CH le proporcionará un (1) informe de divulgaciones sin cargo por año. Por cualquier informe de divulgaciones adicional que solicite en el mismo período de 12 meses, CH podrá cobrar un cargo razonable basado en el costo.

Solicitar protecciones de privacidad; restricción y comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitar ciertas restricciones en la forma en que CH usa o divulga su PHI, así como elegir métodos de comunicación confidenciales.

- **Restricciones:** para solicitar una restricción en el uso o la divulgación de su PHI, como limitar la transmisión de información a ciertos familiares y amigos O el uso y la divulgación de su PHI a su plan de salud (como que CH no pueda presentar una reclamación por servicios prestados), usted debe presentar su solicitud por escrito, para lo que debe completar el formulario *“Solicitud de protecciones adicionales de privacidad”* que está disponible en www.chsli.org/medical-records. También hay más información disponible en el mismo sitio web, incluidas instrucciones sobre cómo completar el formulario y adónde enviar la solicitud.

CH no tiene la obligación de aceptar su solicitud. Si CH acepta las restricciones solicitadas, CH podrá seguir usando y divulgando la PHI para tratamientos de emergencia. Si usted opta por restringir el uso o la divulgación de PHI por parte de CH con su plan de salud, usted será responsable de pagar la totalidad del servicio de su bolsillo antes de recibir el servicio o en el momento de recibirlo. CH cumplirá con su solicitud, a menos que la ley exija la divulgación al plan de salud.

- **Comunicaciones confidenciales:** para solicitar la recepción de PHI en otros medios alternativos razonables (como un teléfono particular o laboral, o una dirección diferente a la que figura en su expediente), debe presentar su solicitud por escrito, para lo que debe completar el formulario *“Solicitud de protecciones adicionales de privacidad”* que está disponible en www.chsli.org/medical-records. También hay más información disponible en el mismo sitio web, incluidas instrucciones sobre cómo completar el formulario y adónde enviar la solicitud. CH cumplirá con todas las solicitudes razonables.

Otras obligaciones en virtud de esta Notificación:

Aviso tras una filtración de PHI: CH debe proporcionarle un aviso por escrito en caso de que ocurra una filtración de su PHI. Según lo dispone la ley, CH debe hacerlo en el plazo de sesenta (60) días posterior al descubrimiento de la filtración.

Obtener una copia impresa de esta Notificación: usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación por parte de CH en cualquier momento (incluso si ya recibió esta Notificación por vía electrónica). Para ver u obtener una copia electrónica de esta Notificación, visite www.chsli.org. También tiene derecho a hablar sobre la notificación con personal designado de la Oficina de Privacidad de Catholic Health. La información de contacto está disponible en <https://www.catholichealthli.org/for-patients-visitors/patient-privacyhipaa-rights>.

Cambios a esta Notificación: CH se reserva el derecho a cambiar los términos de esta Notificación, inclusive cuando haya un cambio importante en los usos o divulgaciones, sus derechos, las obligaciones legales de CH u otras prácticas de privacidad. Si hacemos algún cambio a esta Notificación, los cambios se aplicarán a toda su PHI después de la fecha de entrada en vigor de la Notificación. Para acceder a la nueva Notificación, puede solicitarla, consultarla en nuestras instalaciones o visitar www.chsli.org.

Denunciar una violación de la privacidad o queja: si sospecha que se podrían haber violado sus derechos de privacidad, visite el sitio web de CH en www.chsli.org y seleccione *“Patient Privacy/HIPAA Rights”* (Privacidad del paciente/Derechos de la HIPAA) para obtener la información de contacto del director de Privacidad de la entidad de CH correspondiente o llame al 516-705-3704 para comunicarse con el director de Privacidad de CH. También puede visitar www.chsli.ethicspoint.com para hacer una denuncia confidencial o anónima las 24 horas, todos los días del año. CH no tomará represalias en su contra por presentar una queja o brindar información a la Oficina de Privacidad de CH. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede presentarla por correo a U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201, por teléfono al (877) 696-6775 o en línea en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.