

Notice of Privacy Practices

This website is operated by University Radiology Group on behalf of University Radiology Vascular & Interventional Center (“URVI”). URVI is a division of University Radiology Group, and all patient privacy, compliance, accessibility, and communication practices described herein are maintained in accordance with University Radiology Group policies and procedures.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica y de su identidad. Esta información médica puede estar relacionada con la atención médica que le damos o con el pago de esta atención médica. También puede ser información sobre su condición médica pasada, presente o futura.

También estamos obligados por ley a darle este Aviso de prácticas de privacidad, que explica nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad relacionadas con la información médica. La legislación nos exige que cumplamos lo establecido en este Aviso. Es decir, solo podemos usar y revelar información médica de la forma descrita en este Aviso.

Podemos cambiar en el futuro lo establecido en este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer cambios y hacer efectivo el nuevo Aviso para toda la información médica que conservamos. Si hacemos cambios al Aviso, nosotros:

- publicaremos el nuevo Aviso en nuestra sala de espera y en nuestro sitio web;
- tendremos copias del nuevo Aviso disponibles a pedido (puede comunicarse cuando quiera con nuestro agente de privacidad, llamando al [732-390-0040](tel:732-390-0040), para obtener una copia del Aviso actual).

El resto de este Aviso:

- hablará de cómo podemos usar y revelar su información médica;
- explicará sus derechos sobre su información médica;
- describirá cómo y dónde puede presentar una queja relacionada con la privacidad.

Si, en cualquier momento, tiene preguntas sobre la información de este Aviso o sobre nuestras políticas, procedimientos o prácticas de privacidad, puede comunicarse con nuestro agente de privacidad llamando al [732-390-0040](tel:732-390-0040).

USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI):

Esta sección describe cómo podemos usar y revelar su información médica protegida sin su consentimiento o autorización.

1. Tratamiento

Podemos usar y revelar su información médica para darle tratamiento de atención médica. Es decir, podemos usar y revelar su información médica para dar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto puede incluir comunicarse con otros proveedores de atención médica sobre su tratamiento, y coordinar y administrar su atención médica con otros. **Ejemplo:** El personal administrativo y de atención médica de nuestra oficina puede tener acceso a su información para darle atención. Nuestro personal puede intercambiar por correo, fax o mensajería su informe formal o filmaciones con otros proveedores de atención médica, incluyendo su médico remitente, exclusivamente para dar atención continua.

2. Pago

Podemos usar y revelar su información médica para obtener el pago de los servicios de atención médica que recibió. Esto significa que nuestro Departamento de Facturación (Billing Department) puede usar su información médica para coordinar el pago (como preparar facturas y administrar cuentas). También podemos revelar su información médica a otros (como aseguradoras, agencias de cobro y agencias de informes del consumidor). En algunos casos, podemos revelar su información médica a una aseguradora antes de que reciba ciertos servicios de atención médica, por ejemplo, cuando necesitemos saber si su seguro cubre un servicio determinado. **Ejemplo:** Se remite a un paciente a University Radiology Group para una tomografía computarizada (CT) o una resonancia magnética (MRI). Nuestro Departamento de Certificación previa (Pre-certification Department) se comunicará con la compañía aseguradora del paciente antes de hacer algunas pruebas para determinar si su seguro las cubre.

3. Operaciones de atención médica

Podemos usar y revelar su información médica para diversas actividades comerciales que llamamos "operaciones de atención médica". **Ejemplo:** Trabajar con otros (como abogados, contadores y otros proveedores) que nos ayuden a cumplir este Aviso y otras leyes aplicables.

4. Comunicaciones

Nos comunicaremos con usted en relación con varios aspectos de sus visitas médicas mediante mensajes de texto (SMS) estándar o correo electrónico, a menos que nos informe que no quiere que nos comuniquemos con usted mediante uno o ninguno de esos métodos. El correo electrónico y la mensajería SMS estándar no son métodos confidenciales de comunicación. Pueden ser inseguros, y otras personas los podrían leer. Puede elegir no recibir comunicaciones mediante este método. **Ejemplo: Envío de un mensaje de texto a un paciente para recordarle una cita.**

5. Personas que participan en su atención

Podemos revelar su información médica a un familiar, a un amigo cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, si esa persona participa en su atención y la información es relevante para ello. Si el paciente es menor de edad, podemos revelar la información médica sobre él a un padre, tutor u otra persona responsable del menor, excepto en circunstancias limitadas.

También podemos usar o revelar su información médica a un pariente, a otra persona que participe en su atención o, posiblemente, a una organización de ayuda si hay un desastre (como la Cruz Roja), si necesitamos informar a alguien sobre el lugar donde está o sobre su condición.

Puede pedirnos en cualquier momento que no revelemos su información médica a las personas que participan en su atención. Aceptaremos su petición y no revelaremos la información excepto en ciertas circunstancias limitadas (como emergencias), o si el paciente es menor de edad.

Si eres menor de edad (es decir, menor de 18 años y no "emancipado"), se considerará que tu padre o tutor es tu representante autorizado, *excepto cuando estás casado o la condición tratada esté relacionada con el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, abuso sexual o abuso de sustancias*. NO se considerará que tu padre o madre es tu representante autorizado si tienes más de 12 años y la información está relacionada con el SIDA o con la infección por VIH. *Sin embargo, incluso si una de las excepciones de arriba se aplica a ti, la decisión final de dar o denegar el acceso a los padres puede tomarla el médico que te trata, en el ejercicio de su juicio profesional.*

6. Exigido por la ley

Usaremos y revelaremos su información médica siempre que la ley así lo exija. Hay muchas leyes estatales y federales que nos exigen usar y revelar la información médica. Por ejemplo, la ley estatal nos exige que reportemos las heridas de bala y otras lesiones a la policía y que informemos de la certeza o la sospecha de maltrato o abandono infantil al Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services).

Cumpliremos esas leyes estatales y todas las demás leyes aplicables.

7. Participamos en el intercambio electrónico de información médica con otros proveedores de atención médica, seguros médicos y otras entidades relacionadas con la atención médica, y otros, mediante **OneHealth New Jersey**, un sistema de intercambio de información médica (HIE). Sus registros de salud electrónicos, incluyendo la información sensible de salud, pueden ser accesibles mediante el HIE para usuarios debidamente autorizados con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como para otros fines permitidos o exigidos por la ley, a menos que envíe una solicitud de exclusión en línea: <https://www.onehealthnewjersey.com/Patient-Resources/Opt-Out.aspx>

8. Usos y revelaciones de prioridad nacional

Cuando lo permita la ley, podemos usar o revelar su información médica sin su permiso para diversas actividades que se consideran “prioridades nacionales”. Esto significa que el gobierno ha determinado que, bajo ciertas circunstancias (descritas abajo), es tan importante revelar información médica que es aceptable revelarla sin el permiso del interesado. Solo revelaremos su información médica en las siguientes circunstancias, cuando la ley nos lo permita. Abajo se describen brevemente las actividades de “prioridad nacional” reconocidas por la ley.

- **Amenaza para la salud o la seguridad:** Podemos usar o revelar su información médica si creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- **Actividades médicas públicas:** Podemos usar o revelar su información médica para actividades médicas públicas. Las actividades médicas públicas exigen el uso de información médica para diversas actividades, incluyendo, entre otras, actividades relacionadas con la investigación de enfermedades, la denuncia de abuso y negligencia infantil, el control de medicamentos o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos y el seguimiento de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo. Por ejemplo, si ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa (como una enfermedad de transmisión sexual), podemos informar al estado y tomar otras medidas para prevenir la propagación de la enfermedad.
- **Abuso, negligencia o violencia doméstica:** Podemos revelar su información médica a una autoridad del gobierno (como el Departamento de Servicios Sociales [Department of Social Services]) si usted es adulto y creemos razonablemente que puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión médica: Podemos revelar su información médica a una agencia de supervisión médica, que es básicamente una agencia responsable de supervisar el sistema de atención médica, como el Departamento de Salud de Nueva Jersey (New Jersey Department of Health), según se necesite durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, acreditaciones, licencias y otros procedimientos autorizados por la ley:

- **Procedimientos judiciales:** Podemos revelar su información médica a un tribunal o a un miembro del tribunal (como un abogado). Por ejemplo, revelaríamos su información médica a un tribunal si un juez nos ordenara hacerlo.
- **Cuerpos y fuerzas del orden:** Podemos revelar su información médica a un agente de los cuerpos y fuerzas del orden con fines específicos de aplicación de la ley. Por ejemplo, podemos revelar su información médica limitada a un agente de policía si este necesita la información para ayudar a encontrar o identificar a una persona desaparecida.
- **Médicos forenses y otros:** Podemos revelar su información médica a un médico forense, a un examinador médico o a un director de funeraria, o a organizaciones que ayudan con los trasplantes de órganos, ojos y tejidos.
- **Compensación laboral:** Podemos revelar su información médica para cumplir las leyes de compensación laboral.
- **Organizaciones de investigación:** Si está inscrito en un estudio de investigación y sus imágenes están relacionadas con el estudio, podemos usar o revelar información médica sobre usted a organizaciones de investigación si la organización ha cumplido con ciertas condiciones para proteger la privacidad de la información médica.
- **Ciertas funciones del gobierno:** Podemos usar o revelar la información médica sobre usted para ciertos fines del gobierno, incluyendo, pero no limitados a, actividades militares y de veteranos y actividades de seguridad nacional e inteligencia. También podemos usar o revelar la información médica sobre usted a una institución correccional en algunas circunstancias.
- **Investigación y desarrollo de productos:** Solo podemos usar o compartir información de salud después de que la información se anonimice, eliminando más de dieciocho (18) piezas diferentes de información.

9. Autorizaciones

Aparte de los usos y revelaciones descritos arriba (n.º 1 a 7), no usaremos ni revelaremos su información médica sin su “autorización”, es decir, un permiso firmado por usted o por su representante personal. En algunos casos es posible que queramos usar o revelar su información médica, y podemos comunicarnos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización. En otros casos puede comunicarse con nosotros para pedirnos que revelemos información médica, y le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización escrita que nos permita revelar información médica, puede revocar (o cancelar) su autorización escrita más tarde (excepto en circunstancias muy limitadas relacionadas con la obtención de cobertura de seguro). Si quiere revocar su autorización, puede escribirnos una carta para ello. La carta debe incluir su nombre, dirección, teléfono, la fecha de esta autorización y su firma, y debe enviarla a:

University Radiology Group
579A Cranbury Road
East Brunswick, NJ 08816
Attn: Privacy Officer

Si usted revoca su autorización, seguiremos sus instrucciones excepto cuando ya hayamos hecho algo según su autorización.

- Usos y revelaciones con fines de marketing.
- Usos y revelaciones que constituyen la venta de su información médica.
- La mayoría de los usos y revelaciones de notas de psicoterapia, si conservamos notas de psicoterapia.
- Cualquier otro uso y revelación no descritos en este Aviso.

10. Registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias

Los registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias recibidos de programas sujetos a la parte 2 del 42 CFR, o el testimonio que transmita el contenido de dichos registros, no deben usarse ni revelarse en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que se base en su consentimiento por escrito o una orden judicial después de que se le haya avisado y se le haya dado la oportunidad de que lo escucharan, como se establece en la parte 2 del 42 CFR. Una orden judicial que autorice el uso o la revelación debe ir acompañada de una citación u otro requerimiento legal que obligue la revelación antes de que se utilicen o revelen los registros solicitados.

Sus derechos:

1. Derecho a una copia de este Aviso

Tiene derecho a obtener una copia impresa de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Además, siempre se publicará una copia de este Aviso en nuestra sala de espera y en nuestro sitio web.

2. Derecho de acceso para consultar y copiar

Tiene derecho a revisar la información médica sobre usted que conservamos en ciertos grupos de expedientes y a recibir una copia. Puede obtener una copia electrónica de sus expedientes médicos si los conservamos en un sistema de expedientes médicos electrónicos (EHR). También puede indicarnos por escrito que enviemos una copia electrónica de sus expedientes médicos a otra persona. Si quiere revisar su información médica o recibir una copia, debe darnos una solicitud escrita. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Si denegamos tu solicitud, explicaremos por escrito el motivo de la denegación. También le informaremos por escrito si tiene derecho a que nuestra decisión la revise otra persona.

Si quiere una copia de su información médica, le cobraremos una tarifa para cubrir los costos de la copia o la preparación de un resumen de la información. Nuestras tarifas por las copias electrónicas de sus expedientes médicos se limitarán a los costos de mano de obra directamente asociados al cumplimiento de su solicitud. Le informaremos estas tarifas por adelantado.

3. Derecho a enmendar la información médica

Tiene derecho a que enmendemos (es decir, corrijamos o complementemos) la información médica sobre usted que conservamos en ciertos grupos de expedientes. Si cree que la información que tenemos es **inexacta** o **incompleta**, podemos modificarla para indicar el problema e informar a otros que tengan copias de la información inexacta o incompleta. Si quiere que enmendemos la información, debe darnos una solicitud escrita y explicar por qué quiere que modifiquemos la información.

Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Si denegamos su solicitud, le explicaremos el motivo por escrito. Tendrá la oportunidad de enviarnos una declaración explicando por qué no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud de enmienda, y compartiremos su declaración cada vez que revelemos la información en el futuro.

4. Derecho a un informe de las revelaciones que hemos hecho

Tiene derecho a recibir un informe de las revelaciones que hayamos hecho durante los seis (6) años anteriores. La contabilidad no incluirá varios tipos de revelaciones, incluyendo las revelaciones con fines de tratamiento, pago u atención médica. Si mantenemos sus expedientes médicos en un sistema de expedientes médicos electrónicos (EHR), puede pedir que se incluyan las revelaciones con fines de tratamiento, pago o atención médica. La contabilidad tampoco incluirá las revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003. Si solicita más de un informe cada doce (12) meses, podemos cobrarle una tarifa para cubrir los costos de preparación del informe.

5. Derecho a pedir restricciones sobre usos y revelaciones

Tiene derecho a pedir que limitemos el uso y la revelación de su información médica con fines de tratamiento, pago y atención médica. En virtud de la ley federal, debemos aceptar su solicitud y cumplir las restricciones solicitadas si:

- salvo que la ley exija lo contrario, la revelación es a un plan médico para dar el pago de operaciones de atención médica (y no con para dar un tratamiento); y
- la información médica se refiere solo a un artículo o servicio de atención médica por el que la atención médica dada en cuestión se pagó de su bolsillo en su totalidad.

Una vez que aceptemos tu solicitud, debemos seguir sus restricciones (excepto si la información es necesaria para un tratamiento de emergencia). Puedes cancelar las restricciones en cualquier momento. Además, podemos cancelar una restricción en cualquier momento siempre que le informemos la cancelación y sigamos aplicando la restricción a la información recopilada antes de la cancelación.

6. Derecho a pedir un método de contacto alternativo

Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted en un lugar diferente o mediante un método diferente. Por ejemplo, es posible que prefiera que le envíen toda la información escrita a la dirección de su trabajo y no a la de su casa. Cumpliremos cualquier solicitud razonable de métodos de contacto alternativos. Si quiere pedir un método de contacto alternativo, debe darnos una solicitud escrita.

7. Derecho a la información si se filtra su información médica

También tiene derecho a que le informemos en caso de que se filtre su información médica. Si se filtra su información médica, y si esa información no está protegida (encriptada), lo avisaremos de inmediato con la siguiente información:

- una breve descripción de lo sucedido;
- una descripción de la información médica involucrada;
- los pasos recomendados que puede tomar para protegerse;
- los pasos que estamos tomando en respuesta a la filtración, y
- los procedimientos de contacto para que pueda obtener más información.

8. Derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos/marketing

University Radiology Group no participa en actividades de recaudación de fondos. Si hacemos una campaña de marketing y utilizamos para ello comunicaciones como el Servicio Postal de EE. UU. o el correo electrónico, tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones de nosotros. Comuníquese con nuestro agente de privacidad para optar por no recibir comunicaciones de marketing si así lo decide.

UNIVERSITY RADIOLOGY



Vascular &
Interventional Center

UNIVERSITY
RADIOLOGY



Si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad o si no está satisfecho con nuestras políticas o procedimientos de privacidad, puede presentar una queja escrita ante nosotros o ante el gobierno federal.

No tomaremos ninguna medida en su contra ni cambiaremos nuestro trato de ninguna manera si presenta una queja.

Puede comunicarse con nosotros sobre asuntos relacionados con nuestras prácticas de privacidad llamando al agente de privacidad al: 732-390-0040 o escribiéndole a: University Radiology Group, 579A Cranbury Road, East Brunswick, NJ 08816
Attention: Privacy Officer.

Para presentar una queja escrita ante el gobierno federal, utilice la siguiente información de contacto:

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

Teléfono gratuito: (800) 368-1019 TDD gratuito: (800) 537-7697

Sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html> Correo electrónico: OCRMail@hhs.gov