

**PROGRAMA DE FARMACIA DEL  
NEW YORK BLOOD CENTER, INC. (NYBC)**

**NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

---

**EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR  
SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A DICHA  
INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.**

El Programa de Farmacia del Banco de Sangre de Nueva York (NYBC) tiene la obligación legal de proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y de proporcionarle una copia de esta Notificación, en la que se describen nuestras prácticas de privacidad de la información de salud. En nuestras instalaciones siempre estará publicada una copia de nuestra Notificación vigente. Usted o su representante personal puede también obtener una copia de esta Notificación en nuestro sitio web [www.nybc.org/pharmacy](http://www.nybc.org/pharmacy) o si la solicita a nuestro personal de farmacia. A los fines de esta Notificación, siempre que se haga referencia a “NYBC”, nos estaremos refiriendo al Programa de Farmacia de NYBC. Esta Notificación no aplica a la información que mantengan otros programas o centros de NYBC.

*En caso de que tenga preguntas sobre esta Notificación o si desea obtener información adicional, por favor contacte a:*

*NYBC Privacy Officer*  
Sr. Vice President - Quality / Regulatory Affairs  
New York Blood Center, Inc.  
310 East 67th Street  
New York, NY 10065

Correo electrónico: [PrivacyOfficer@nybc.org](mailto:PrivacyOfficer@nybc.org)

**CUÁL ES LA INFORMACIÓN DE SALUD QUE ESTÁ PROTEGIDA**

NYBC protege la privacidad y toda información que lo identifica o que se pueda utilizar para identificarlo y que tenga relación con su salud, tratamiento o beneficios de seguro médico. Si obtenemos su nombre, dirección y cualquier otro dato que recabemos sobre usted mientras le prestemos servicios de atención médica, esta información que lo identifica sigue estando protegida aunque se separe de la información sobre su salud, tratamientos, o beneficios.

**CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**1. Tratamientos, pagos y operaciones de atención médica**

**Tratamientos.** El personal de NYBC puede utilizar su información de salud sin su

autorización por escrito para proporcionarle tratamiento o atención médica. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para dispensar un medicamento con receta o llevar a cabo una revisión de la utilización de medicamentos. Puede que también revelemos su información médica a otros fuera de NYBC. Por ejemplo, es posible que compartamos información con personal de una sala de emergencias de un hospital si lo ingresan allí para un tratamiento de emergencia y para la coordinación de su atención, como puede ser con el médico que lo atienda, con un proveedor de servicios de infusión a domicilio y/o con el Centro de tratamiento para la hemofilia que esté coordinando su atención.

**Pagos.** Es posible que usemos o compartamos su información de salud con otros sin su autorización por escrito a fin de recibir el pago por los servicios de atención médica que le brindamos. Por ejemplo, podemos presentar facturas que contengan información sobre usted a Medicare, Medicaid o a aseguradoras privadas para que nos paguen por nuestros servicios.

**Operaciones de atención médica.** Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud con otros a fin de llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, puede que utilicemos su información de salud para evaluar la calidad de nuestros servicios o el desempeño de nuestro personal al atenderlo. También es posible que compartamos su información de salud con otros proveedores de atención médica y con relacionados a cargo de sus pagos para ciertas operaciones de atención médica.

**Opciones de tratamiento, beneficios y servicios.** Mientras le brindamos tratamiento, podemos usar información sobre su salud para comunicarnos con usted y recomendarle opciones posibles de tratamiento, o beneficios y servicios de salud que tal vez le interesen.

**Recordatorios de reposición de medicamentos.** Es posible que usemos su información médica para recordarle que es tiempo de reponer su medicamento.

## **2. Familiares y amigos**

Puede que compartamos su información de salud con familiares y amigos que participen en su atención, sin su autorización por escrito. Le daremos la oportunidad de oponerse a menos que no tenga en ese momento la capacidad de tomar decisiones, en cuyo caso, analizaremos sus preferencias cuando usted recobre dicha capacidad.

## **3. Emergencias o situaciones de necesidad pública**

*Es posible que usemos y compartamos con otros su información de salud sin su autorización por escrito con la finalidad de satisfacer las siguientes necesidades públicas importantes.*

**Si lo exige la ley.** Es posible que usemos o revelemos su información de salud si la ley así lo exige.

**Actividades de salud pública.** Puede que revelemos información sobre su salud a funcionarios autorizados de salud pública para que puedan llevar a cabo sus actividades correspondientes. Por ejemplo, puede que compartamos su información médica con funcionarios gubernamentales responsables del control de enfermedades, lesiones o

discapacidades.

**Actividades de supervisión de la salud.** Es posible que revelemos su información de salud a organismos gubernamentales autorizados a realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones y programas.

**Demandas y litigios.** Puede que revelemos su información de salud si nos lo ordena un juzgado o tribunal administrativo que esté procesando una demanda u otro litigio, o si se nos exige tal información en respuesta a una solicitud judicial o a otra orden de exhibición con fines probatorios.

**Fuerzas del orden público.** Es posible que revelemos su información de salud a funcionarios del orden público para ciertos fines de cumplimiento de la ley, tales como: la identificación o localización de un sospechoso, un prófugo o una persona desaparecida; como respuesta a una orden judicial, emplazamiento o solicitud administrativa; el suministro de información sobre la víctima de un delito; o para denunciar una muerte ocurrida a causa de un delito.

**Para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.** Puede que utilicemos o compartamos con otros su información de salud cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente a su salud o su seguridad; o a la salud o seguridad de otra persona o del público.

**Seguridad nacional y actividades de inteligencia o servicios de protección.** Es posible que revelemos su información de salud a funcionarios federales autorizados que estén desempeñando actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia, o que brinden servicios de protección al Presidente o a otros funcionarios importantes.

**Presos e individuos en centros penitenciarios.** Si a usted lo encarcelan en un centro penitenciario o lo detiene un agente del orden público, podemos revelar su información de salud a los funcionarios del centro penitenciario o a los agentes del orden público, si fuese necesario, para que le brinden atención médica o para mantener la seguridad y el orden en el lugar donde esté confinado.

**Funcionarios forenses, médicos forenses y directores funerarios.** En el caso lamentable de su fallecimiento, podemos revelar su información médica a un funcionario o a un médico forense. Es posible también que divulguemos esta información a los directores funerarios según sea necesario para que lleven a cabo sus funciones.

**Donación de tejidos y órganos.** En el caso lamentable de su fallecimiento, podemos revelar su información médica a organizaciones que suministren o almacenen órganos, ojos u otros tejidos.

**Investigación.** Es posible que usemos y revelemos su información de salud para fines de investigación si obtenemos aprobación mediante un proceso especial que garantice que el uso de la información sin su autorización escrita en la investigación presenta un riesgo mínimo a su privacidad. Bajo ninguna circunstancia permitiremos que los investigadores usen su nombre o identidad públicamente. También es posible que revelemos su información médica

a personas que estén preparando un proyecto futuro de investigación, siempre que ninguna información que lo identifique salga de nuestras instalaciones. En el caso lamentable de su fallecimiento, podemos compartir su información médica con personas que estén llevando a cabo investigaciones en las que se use información de personas fallecidas, siempre que estén de acuerdo en no llevarse de nuestras instalaciones información alguna que lo identifique.

#### **4. Tratamiento especial de información confidencial**

*Las políticas y prácticas antes descritas no siempre aplican a ciertos tipos de información médica confidencial que está sujeta a protecciones especiales conforme a la ley. Revelaremos esta información a otros sin su permiso solo con los fines indicados a continuación.*

**Información sobre VIH.** No suministraremos información alguna sobre VIH o SIDA sin su autorización por escrito, salvo (i) para recibir el pago por nuestros servicios o para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica, (ii) en casos de donación y trasplante de órganos o tejidos, (iii) a organismos de acreditación y de supervisión, (iv) a un ente gubernamental según lo exija la ley, (v) en caso de una orden judicial, (vi) al director médico de un centro penitenciario, (vii) a la Comisión de Penitenciarias para fines de supervisión sanitaria, (viii) a directores de funerarias para que puedan desempeñar sus funciones o (ix) para fines de tratamiento, según lo permitido en esta Notificación.

#### **5. Obtención de su autorización por escrito.**

No utilizaremos su información de salud ni la compartiremos con otros para ningún otro uso que no esté indicado en esta Notificación, sin su autorización por escrito. Si usted nos da su autorización, puede revocarla en cualquier momento, en cuyo caso, no podremos seguir usando ni revelando su información de salud para ese fin, excepto en la medida en que ya se haya actuado conforme a la autorización. No se le negará tratamiento si rehúsa firmar una autorización salvo que el tratamiento sea parte de un estudio de investigación o se le esté suministrando con el único objetivo de crear información para divulgar a un tercero.

### **SUS DERECHOS PARA ACCEDER Y LIMITAR EL ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD**

*Usted tiene los derechos sobre su información de salud que se indican a continuación. Toda solicitud relacionada con estos derechos se debe presentar por escrito al Funcionario de privacidad de NYBC.*

#### **1. Derecho a inspeccionar y a obtener una copia de su historial médico**

Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de su historial farmacéutico y de facturación. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos un cargo por los gastos de copiado, el envío por correo y otros suministros que utilicemos para atender su solicitud. En ciertas condiciones muy limitadas, es posible que deneguemos su solicitud de inspeccionar o de obtener una copia de su información.

## **2. Derecho a corregir el historial médico**

Si usted considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la corrijamos. Su solicitud debe incluir las razones por la que cree que debemos efectuar tal modificación. Es posible que deneguemos su solicitud si consideramos que nuestra información es correcta o está completa o por otras pocas razones.

## **3. Derecho a un informe sobre las divulgaciones de información**

Usted tiene derecho a solicitar un “informe de divulgaciones” en el que se identifiquen ciertas divulgaciones que hayamos realizado de su información de salud. En su solicitud debe señalar un periodo durante los últimos seis años para las divulgaciones que desee que incluyamos. Tiene derecho a recibir un informe gratis cada 12 meses. No obstante, es posible que le cobremos un cargo por el costo de suministrarle un informe adicional en el mismo periodo de 12 meses.

## **4. Derecho a solicitar protecciones adicionales de privacidad**

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos aún más la forma en que usamos y revelamos su información de salud para brindarle tratamiento o atención, o para llevar a cabo las actividades de nuestra empresa. Puede también solicitar que limitemos cómo revelamos información sobre usted a los familiares y amigos que participan en su atención. No tenemos por qué estar de acuerdo con todas las solicitudes.

## **5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted o con su representante personal por otros medios o a una dirección distinta. No le preguntaremos el motivo de su petición y trataremos de acceder a todas las solicitudes que sean razonables.

## **QUIÉN PUEDE EJERCER SUS DERECHOS**

Si usted tiene la facultad de tomar sus propias decisiones de salud conforme a la ley, ejercerá por lo general sus propios derechos según esta Notificación. Si no tiene dicha facultad, su tutor legal u otra persona que tenga el derecho de tomar decisiones de salud en nombre suyo (por ejemplo, según un poder de representación para decisiones de salud que usted haya firmado) puede ejercer sus derechos. A esta persona se le conoce como “representante personal”. Además de ejercer sus derechos conforme a esta Notificación, su representante personal también puede firmar cualquier autorización o dar cualquier otra aprobación en su nombre que se requiera en esta Notificación.

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE ADICIONAL**

**Cómo obtener una copia de esta notificación.** Tiene derecho a que le suministremos una copia de esta Notificación. Puede solicitarla, incluso si ya accedió previamente a que se le enviara esta notificación electrónicamente. Para hacerlo, por favor escriba al Funcionario de privacidad de NYBC (NYBC Privacy Officer). Usted o su representante personal puede obtener una copia de esta Notificación en nuestro sitio web en [www.nybc.org/pharmacy](http://www.nybc.org/pharmacy), o si

la solicita a nuestro personal de farmacia.

**Cómo obtener una copia de la notificación actualizada.** Podemos modificar cada cierto tiempo nuestras políticas de privacidad. De ser así, revisaremos esta Notificación. La notificación actualizada aplicará a toda su información de salud. Publicaremos toda notificación actualizada en nuestras oficinas y centros. Usted o su representante personal puede obtener su propia copia de la notificación actualizada en nuestro sitio web [www.nybc.org/pharmacy](http://www.nybc.org/pharmacy) o si la solicita a nuestro personal de farmacia. Estamos obligados a regirnos por los términos de la Notificación que esté vigente.

**Para presentar una queja.** Si usted cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS). Para presentar un reclamo con el HHS, puede contactarlos al 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201, o al 1-877-696-6775. Además, puede comunicarse con el Centro federal para personas sordas o con dificultades auditivas (Federal Center for Deaf and Hearing Impaired) al 1-800-877-8339. Para presentar una queja con nosotros, sírvase contactar al Funcionario de Privacidad (Privacy Officer) de NYBC.

*Nadie tomará represalias ni iniciará acciones contra usted por presentar una queja.*