

*Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica, y cómo puede obtener acceso a esa información. Revíselo detenidamente.*

La palabra “nosotros” en este Aviso de prácticas de privacidad se refiere a Boston Medical Center Health System, que incluye Boston Medical Center, Cornerstone Health Solutions, Faculty Practice Foundation, Inc. haciendo negocios como Boston University Medical Group Physician Practices, Boston University Affiliated Physicians, Inc., así como a las siguientes personas y organizaciones:

- Cualquier profesional de atención médica autorizado a introducir información en su expediente del hospital.
- Cualquier proveedor de atención médica que forme parte del personal médico y dental del BMC.
- Toda la fuerza laboral del BMC, incluyendo empleados, personal, voluntarios y otros trabajadores del hospital.

Este Aviso no se aplica a los miembros de Boston Medical Center HealthNet Plan Members. Visite [www.bmchp.org](http://www.bmchp.org) para consultar el Aviso de prácticas de privacidad que corresponde al Boston Medical Center HealthNet Plan.

## Sus derechos

### En lo que se refiere a su información médica, usted tiene determinados derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### Obtener una copia en formato electrónico o impresa en papel de su expediente médico

- Usted puede pedir una copia en formato electrónico o impresa en papel de su expediente médico y otra información médica suya que nosotros tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo usando la información de contacto que se encuentra en la última página para comunicarse con nosotros.
- Le proporcionaremos una copia o resumen de su información médica, normalmente en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la solicite. Podemos cobrar cargos según las leyes estatales lo permitan.

#### Pedirnos que hagamos correcciones a su expediente médico

- Puede pedirnos que corriamos la información médica relacionada con usted que crea que sea incorrecta o que esté incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo usando la información de contacto que se encuentra en la última página para comunicarse con nosotros.
- Podemos no aceptar su solicitud, pero le comunicaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

#### Pedir comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted al teléfono de su casa o trabajo, o pedir que le enviemos correspondencia a una dirección distinta.
- Aceptaremos todas las solicitudes, siempre y cuando sean razonables.

#### Pedirle a otra persona que ejerza sus derechos cuando usted no pueda

- Si usted no puede tomar decisiones relacionadas con la atención médica por sí mismo, la persona que actúe en su nombre para tomar estas decisiones (como su agente de atención médica) puede ejercer sus derechos y tomar decisiones relacionadas con su información médica.

---

**Pedirnos que  
limitemos lo que  
usamos o  
compartimos**

- Puede pedirnos que **no** usemos ni compartamos determinada información médica para su tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos denegarla si creemos que eso afectaría su atención médica.
- Si hace un pago de bolsillo por el total de un servicio o un artículo de atención médica puede pedirnos que no compartamos esa información para fines de pago o por nuestras operaciones con su aseguradora médica. Aceptaremos su solicitud excepto cuando la ley nos obligue a compartir dicha información.

---

**Obtener una lista de  
con quién hemos  
compartido  
información**

- Puede pedir una lista (una rendición de cuentas) de las veces que hemos compartido su información médica en los 6 años previos a la fecha en que haga la solicitud. Le daremos una lista de con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pagos y operaciones de atención médica y otras divulgaciones determinadas (tales como las que *usted* nos pida que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año gratis, pero cobraremos un cargo razonable basado en los costos en caso de que pida otro informe dentro de un periodo de 12 meses.

---

**Obtener una copia de  
este aviso de  
privacidad**

- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso aunque haya aceptado recibirlo de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

---

**Presentar una queja si  
piensa que se han  
violado sus derechos**

- Si cree que hemos violado sus derechos puede comunicarse con nosotros y presentar una queja usando la información a continuación.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington D.C. 20201, llamando al 1-877-696-7775 o visitando <http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

---



**Su  
opción**

**Para cierta información médica, podrá informarnos sus opciones sobre qué compartiremos.** Si tiene una clara preferencia para cómo compartiremos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué es lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

---

**En estos casos, tiene  
tanto el derecho como  
la opción de pedirnos  
que:**

- Compartamos información con sus familiares, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención médica.
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre.
- Incluyamos su información en un directorio del hospital.
- Podemos usar su información con fines de recaudación de fondos para apoyar nuestras instituciones, programas y misión para brindar una atención excepcional, sin excepciones, pero puede pedirnos que no nos comuniquemos con usted de nuevo. Podemos usar su información demográfica, como su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico u otra información permitida por las leyes, que incluye la edad, la fecha de nacimiento, el género, la situación del seguro médico, las fechas de los servicios, el departamento que brinda el servicio, el médico a cargo de la atención o la información sobre los resultados.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, *nunca* compartiremos su información a menos que lo autorice por escrito:

- Fines publicitarios.
- Venta de su información.
- Compartir notas de psicoterapia en la mayoría de los casos.

Nuestros usos  
y  
divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

<b>Brindarle tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo atienden.</li></ul>	<i>Ejemplo:</i> Podemos compartir su información médica con el médico que deriva o de atención primaria.
<b>Funcionamiento de nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar y compartir su información médica para el funcionamiento de nuestra organización, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li></ul>	<i>Ejemplo:</i> Usamos información médica suya para manejar su tratamiento y servicios.
<b>Comunicarnos con usted</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar su información médica para comunicarnos con usted:<ul style="list-style-type: none"><li>○ A la dirección y número de teléfono que nos proporcione, e incluye dejar mensajes en el número de teléfono.</li><li>○ Con información sobre asuntos relacionados con la atención al paciente, opciones de tratamiento e instrucciones para la atención de seguimiento.</li><li>○ Con información que podría interesarle y que describa un producto relacionado con la salud o los servicios que brindamos.</li><li>○ A la dirección de correo electrónico u otra información de contacto que usted proporcione para ayudarnos con las actividades que se describen en este Aviso.</li></ul></li></ul>	<i>Ejemplo:</i> Podemos comunicarnos con usted sobre citas programadas o canceladas, inscripción o actualizaciones del seguro médico, asuntos sobre pagos o facturación, evaluación antes del procedimiento, encuestas de satisfacción o resultados de las pruebas.
<b>Facturarle por los servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar y compartir su información médica para facturar los servicios que le hemos brindado.</li></ul>	<i>Ejemplo:</i> Usamos la información médica suya para crear estados de cuenta sobre la atención que le brindemos y que se le enviarán a su seguro médico.

**¿De qué otras formas podremos usar o compartir su información médica?** Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras formas (por lo general en formas que contribuyen al bien general, como la salud pública y la investigación). Debemos cumplir numerosas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información *consulte*:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumer/index.html>.

---

<b>Ayudar con asuntos sobre salud pública y seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir información médica suya en determinadas situaciones, tales como:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Prevención de enfermedades.</li><li>○ Ayudar con el retiro de productos.</li><li>○ Reportar reacciones adversas a los medicamentos.</li><li>○ Reportar sospechas de abuso o negligencia de niños, adultos mayores o personas con discapacidades.</li><li>○ Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguien.</li></ul></li></ul>
<b>Realizar investigaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información médica para investigaciones aprobadas por un Comité de Investigación del BMC o su representante cuando las leyes federales o estatales no exijan una autorización por escrito. Esto también puede incluir la preparación para una investigación o informarle sobre estudios de investigación que podrían interesarle.</li></ul>
<b>Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir información médica suya con organizaciones que manejan donaciones y trasplantes de órganos.</li></ul>
<b>Cumplir con las leyes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si esta agencia desea <i>ver</i> que estemos cumpliendo con las leyes federales sobre la privacidad.</li></ul>
<b>Trabajar con un examinador médico o director funerario</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir información médica con un forense, un examinador médico o director funerario cuando una persona fallezca.</li></ul>
<b>Atender solicitudes de indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información médica:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Para reclamaciones de indemnización laboral.</li><li>○ Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público.</li><li>○ Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley.</li><li>○ Para funciones de gobierno como las fuerzas armadas, seguridad nacional y Servicios de Protección para el presidente.</li><li>○ Para instituciones correccionales o del orden público, si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de una agencia del orden público, para brindarle atención médica, para proteger su salud y seguridad o las de los demás; para la salud y seguridad de la institución correccional.</li></ul></li></ul>
<b>Responder a demandas y disputas legales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a un citatorio.</li></ul>

---

En algunas circunstancias, las leyes federales prohíben la divulgación de los registros de uso de sustancias sin su autorización por escrito. Además, por lo general pediremos su consentimiento o una orden judicial antes de compartir cierta información de carácter sensible sobre usted, como, por ejemplo: algunos documentos de psicoterapia, pruebas o resultados de pruebas de VIH, consentimiento para un aborto, enfermedades de transmisión sexual, resultados de pruebas genéticas, comunicaciones de los trabajadores sociales, ayuda psicológica a víctimas de violencia doméstica y ayuda psicológica a víctimas de ataque sexual.

Participamos en los intercambios de información de salud (health information exchanges, HIE), como Massachusetts Health Information Highway (Mass HIway) y Epic’s Care Everywhere, y proporcionamos acceso seguro en tiempo real a los proveedores afiliados a través de BMC ChartLink. Usamos los HIE y ChartLink como método para compartir, solicitar y recibir información médica electrónica con otras organizaciones de atención médica. Si tiene alguna pregunta, o si quiere que su información se deje de compartir a través de los HIE o ChartLink, comuníquese con nosotros usando la información de contacto que se encuentra en la última página.

## Nuestras responsabilidades

### ¿De qué somos responsables?

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Si se produce una vulneración que pueda poner en riesgo la privacidad o seguridad de su información, se lo comunicaremos de inmediato.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y proporcionarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información excepto en los casos aquí descritos, a menos que nos autorice por escrito a hacerlo. Si nos autoriza usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, comuníquenoslo por escrito.

Para obtener más información *consulte*: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### ¿Cuánto tiempo conservamos su información?

Nosotros registramos la información médica en formato impreso, electrónico o fotográfico y conservamos estos datos durante veinte (20) años a partir de la fecha del alta médica o del tratamiento final. Se conservan otros registros de acuerdo con las leyes o reglamentos estatales y federales. Si lo desea, puede solicitar una copia de nuestras normas sobre la conservación de expedientes médicos.

### Cambios a los términos de este Aviso

Podremos cambiar los términos de este Aviso, y dichos cambios serán aplicables a toda la información que tengamos sobre usted. El Aviso nuevo estará disponible a petición suya en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

### **La fecha de entrada en vigor de este aviso entrará en vigor a partir de octubre de 2024**

Boston Medical Center y los siguientes proveedores de Boston HelthNet y Boston Accountable Care Organization comparten información médica para participar en un sistema de prestación de atención médica integral y participan en varias actividades conjuntas como la revisión de la calidad de los servicios:

Boston Healthcare for the Homeless\*\*\*  
Codman Square Health Center\*\*\*  
The Dimock Center\*  
Dorchester House Multi-Services Center\*\*\*  
East Boston Neighborhood Health Center\*  
Neponset Health Center\*  
Harbor Community Dental Center – Provincetown\*  
Geiger Gibson Community Health Center\*  
Good Samaritan Medical Center\*\*\*  
Harbor Community Health Center – Hyannis\*  
Harbor Community Health Center – Plymouth\*  
Ellen Jones Community Dental Center – Harwich\*  
Greater Roslindale Medical and Dental Center\*\*\*

Manet Community Health Center\*\*\*  
Mattapan Community Health Center\*\*\*  
Holyoke Medical Center/Valley Health Partners\*\*  
South Boston Community Health Center\*\*\*  
South End Community Health Center\*\*\*  
St. Elizabeth’s Medical Center\*\*\*  
HealthFirst Family Care Center\*\*  
Harrington Health System\*\*  
South Shore Hospital and Physician Hospital Organizations\*\*  
Sturdy Memorial Hospital\*\*  
Stanley Street Treatment Health Center\*\*  
Upham’s Corner Health Center\*  
Whittier Street Neighborhood Health Center\*

\*=Boston HealthNet (“BHN”) | \*\*= Boston Accountable Care Organization (“BACO”) | \*\*\*= BHN y BACO

**Comuníquese  
con  
nosotros**

**Cómo comunicarse con nosotros para** solicitar una copia de su expediente médico, solicitar una modificación a su expediente médico, solicitar un informe de divulgaciones, solicitar restricciones, solicitar comunicaciones confidenciales o presentar una queja.

---

**Privacy Office  
(Oficina de  
Privacidad)**

Compliance Department  
960 Massachusetts Ave  
Boston, MA 02118  
Número de la oficina: 617-414-1800  
Número sin costo: 800-586-2627  
Correo electrónico: [PrivacyOfficer@bmc.org](mailto:PrivacyOfficer@bmc.org)

---

**Expedientes médicos**  
*(Para solicitudes de  
expedientes médicos)*

Health Information Management / Medical Records Department  
850 Harrison Avenue / Basement Yawkey Building  
Boston, MA 02118  
Número de la oficina: 617-414-4213

· St. Elizabeth's Medical Center  
Medical Records  
736 Cambridge St / St. Joseph's Hall 4th Floor  
Boston, MA 02135  
Número de la oficina: 617-789-2268

Good Samaritan Medical Center  
Medical Records  
235 N. Pearl St.  
Brockton, MA 02301  
Número de la oficina: 508-427-3180