

Caridades Católicas, Diócesis de Trenton
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Le explicaremos este documento durante el proceso de admisión; sin embargo, le rogamos que lo revise detenidamente.

Tenemos la obligación legal de proteger la privacidad de la información médica, incluyendo los registros de Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD), protegidos por el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2. Este aviso sirve como nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA y como nuestro Aviso de Confidencialidad, según el Título 42 del CFR, Parte 2. Su información sobre SUD está protegida por ambas leyes. En caso de discrepancia entre estas leyes, aplicamos el estándar más estricto a sus registros de SUD.

Protegeremos la privacidad de la información médica personal (PHI) que mantenemos y que lo identifica, ya sea que se relacione con la prestación de atención médica o el pago de dicha atención. La ley nos exige proporcionarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad. Explica cómo, cuándo y por qué podemos usar y divulgar su información médica. Con algunas excepciones, evitaremos usar o divulgar más información médica de la que sea necesaria para lograr el propósito del uso o la divulgación. Estamos legalmente obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso, que se encuentra actualmente en vigor, y no tomaremos represalias ni discriminaremos en su contra por ejercer sus derechos de privacidad o informar una posible violación. (Referencia: Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y HITECH 09/2013).

Sin embargo, nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a la información médica que ya tengamos sobre usted. Antes de realizar un cambio importante en nuestras políticas, modificaremos este Aviso lo antes posible y publicaremos un nuevo Aviso en el tablón de anuncios de su unidad/programa. También puede solicitar a su terapeuta, en cualquier momento, una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad vigente.

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para responder algunas preguntas comunes sobre nuestras prácticas de privacidad:

PREGUNTA : ¿CÓMO UTILIZARÁ Y DIVULGARÁ ESTA ORGANIZACIÓN MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Respuesta : Usamos y divulgamos información médica por diversas razones. Para algunos de estos usos o divulgaciones, necesitamos su autorización específica. Sin embargo, no divulgaremos ninguna información que lo identifique como portador o haber padecido un trastorno por consumo de sustancias (es decir, registros de SUD) a menos que: (a) usted otorgue su consentimiento por escrito; (b) la divulgación esté permitida por una excepción específica en virtud del Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2; o (c) la divulgación sea exigida por ley.

A continuación, describimos las diferentes categorías de nuestros usos y divulgaciones y le brindamos algunos ejemplos de cada una.

- 1. Usos y divulgaciones relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.** De acuerdo con la ley federal, podemos usar y divulgar su información médica (excepto los registros de SUD) por las siguientes razones:

- 1.1 Para tratamiento.** Podemos divulgar la información médica necesaria a otros profesionales de la salud que participan en su atención. Por ejemplo, podemos divulgar su historial médico a un hospital si necesita atención médica mientras se encuentra en nuestras instalaciones o a un programa de atención residencial al que lo derivamos. Los motivos para dicha divulgación pueden ser: obtener la información de su historial médico que necesitan para tratar adecuadamente su afección, coordinar su atención o programar las pruebas necesarias.
- 1.2 Para obtener el pago del tratamiento.** Podemos usar y divulgar la información médica necesaria para facturar y cobrar el tratamiento que le hemos brindado. Por ejemplo, podemos proporcionar cierta información médica a su compañía de seguros médicos, Medicare o Medicaid, para que le paguen por su atención.

Excepción bajo ARRA/HITECH : Gastos de bolsillo (HITECH)

Catholic Charities y sus BA otorgarán restricciones de divulgación de PHI a un pagador que sea solicitada por el cliente si:

- La divulgación se realiza con el propósito de llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica y no está requerida de otro modo por la ley;
- Y
- La PHI se relacionará únicamente con artículos o servicios de atención médica por los cuales Catholic Charities ha sido pagado en su totalidad y de su bolsillo por el individuo.

Caridades Católicas marcará la PHI restringida mediante una anotación en el registro del cliente.

- 1.3 Para Operaciones de Atención Médica.** En ocasiones, podríamos necesitar usar y divulgar su información médica para el funcionamiento de nuestra organización. Por ejemplo, podríamos usar su información médica para evaluar la calidad del tratamiento que nuestro personal le ha brindado . También podríamos necesitar proporcionar parte de su información médica a nuestros contadores, abogados y consultores para asegurarnos de que cumplimos con la ley.
- 1.4 Norma General sobre Registros de Trastornos por Uso de Sustancias (SUD).** Según la Norma Final de 2024, usted puede otorgar un único consentimiento por escrito que permita el uso o la divulgación de sus registros de trastorno por uso de sustancias (SUD) para fines de tratamiento, pago o atención médica, de conformidad con la HIPAA. Una vez otorgado su consentimiento por escrito, los destinatarios autorizados podrán volver a divulgar su información de SUD únicamente según lo permitan las protecciones de privacidad y los estándares mínimos necesarios de la HIPAA. Cada nueva divulgación debe incluir el aviso a continuación.

Aviso de Ley Federal (Declaración del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2):

Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2). Las normas

federales le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que se permita expresamente mediante el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.

- 1.5 Registros de SUD y Emergencias.** En caso de una emergencia médica legítima en la que no se pueda obtener su consentimiento, se podrá divulgar información limitada sobre SUD al personal médico según sea necesario para atender la emergencia.
- 1.6 Derecho a ser notificado en caso de incumplimiento . Estamos obligados a notificarle en caso de incumplimiento de sus registros de** PHI/SUD no protegidos y utilizaremos dicha información para notificarle sobre cualquier uso o divulgación de su información médica no permitidos por la HIPAA o el Título 42 del CFR, Parte 2, incluyendo el tipo de información que ha sido violada.
- 2. La ley federal permite otros usos y divulgaciones.** Podemos usar y divulgar su información médica (incluidos los registros de SUD) sin su autorización por las siguientes razones:

 - 2.1 Cuando la ley federal, estatal o local, en procedimientos judiciales o administrativos, o por las fuerzas del orden, exija una divulgación.** Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida si así lo ordena un tribunal o si la ley exige que informemos de ese tipo de información a una agencia gubernamental o a las autoridades policiales, como en el caso de una mordedura de perro, sospecha de maltrato infantil o una herida de bala. Sin embargo, sus registros de SUD solo podrán divulgarse a las autoridades policiales o utilizarse o divulgarse en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo llevado a cabo por cualquier autoridad federal, estatal o local en su contra con su consentimiento por escrito o en virtud de una orden judicial válida, después de que usted haya tenido la oportunidad de oponerse, según lo establecido en el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2. El requisito de su consentimiento o de una orden judicial no se aplica a nuestra denuncia de incidentes de sospecha de maltrato y negligencia infantil a las autoridades federales o estatales correspondientes.
 - 2.2 Para actividades de salud pública.** Por ley, debemos reportar información sobre ciertas enfermedades y fallecimientos a las agencias gubernamentales que recopilan dicha información. Con la posible excepción de la información sobre trastornos de salud mental y/o su tratamiento, abuso de drogas y alcohol y/o su tratamiento, y su estado (para lo cual podríamos necesitar su autorización específica), también podemos proporcionar cierta información médica al forense o a una funeraria, si es necesario, tras el fallecimiento de un cliente. Los registros de SUD solo pueden divulgarse a una autoridad de salud pública si se anonimizan adecuadamente.
 - 2.3 Para actividades de supervisión sanitaria.** Por ejemplo, necesitaremos proporcionar su información médica si así lo solicita el Condado o el Estado, cuando supervisen el programa en el que usted recibe atención. También necesitaremos proporcionar información a organismos gubernamentales, como el Área de Servicio de Servicios de Salud Mental de

Nueva Jersey, el Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Nueva Jersey, el Área de Servicio de Servicios para Jóvenes y Familias, etc., que tienen derecho a inspeccionar nuestras oficinas o investigar las prácticas de atención médica.

- 2.4 Para la donación de órganos.** Si uno de nuestros clientes desea donar córneas, órganos o tejidos después de su fallecimiento, podríamos divulgar cierta información médica necesaria para ayudar a la organización encargada de la obtención de órganos.
- 2.5 Para fines de investigación.** En ciertas circunstancias limitadas (por ejemplo, cuando lo apruebe una Junta de Privacidad o una Junta de Revisión Institucional competente según la ley federal), podríamos estar autorizados a usar o proporcionar información médica protegida para un estudio de investigación. Sus registros de SUD podrían divulgarse para fines de investigación, auditoría o evaluación, de conformidad con el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2, siempre que se mantengan las debidas garantías de privacidad.
- 2.6 Para evitar daños.** Si alguno de nuestros consejeros, médicos o enfermeros considera necesario protegerlo a usted, a otra persona o al público en general, podremos proporcionar información médica protegida a la policía u otras personas que puedan prevenir o mitigar el posible daño. Sin embargo, los registros de SUD solo podrán divulgarse si la divulgación está autorizada por una orden judicial pertinente para evitar un riesgo considerable de muerte o lesiones corporales graves.
- 2.7 Para Funciones Gubernamentales Específicas.** Con la posible excepción de la información sobre trastornos de salud mental y/o su tratamiento, abuso de drogas y alcohol y/o su tratamiento, y estado serológico respecto al VIH (para lo cual podríamos necesitar su autorización específica), podremos divulgar la información médica de personal militar o veteranos cuando así lo requieran las autoridades militares estadounidenses. Asimismo, también podremos divulgar la información médica de un cliente con fines de seguridad nacional, como colaborar en la investigación de presuntos terroristas que puedan representar una amenaza para nuestra nación.
- 2.8 Para la Compensación Laboral.** Podemos proporcionar su información médica (excluyendo los registros de SUD) según lo descrito en la ley de compensación laboral, si su condición fue resultado de una lesión laboral por la cual solicita una compensación laboral.
- 2.9 Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud.** A menos que nos indique que prefiere no recibirlos, podremos usar o divulgar su información para enviarle recordatorios de citas o para informarle o enviarle boletines informativos sobre programas y tratamientos alternativos que puedan ayudarle.
- 2.10 Actividades de recaudación de fondos.** Podemos utilizar su información médica protegida para nuestras propias actividades de recaudación de fondos; sin embargo, no utilizaremos ni divulgaremos sus registros de SUD para la recaudación de fondos a menos que primero se le ofrezca la opción de no participar. Por ejemplo, si nuestra Organización decide recaudar fondos para apoyar uno o más de nuestros programas o centros, o alguna otra causa benéfica o programa comunitario de educación para la salud, podemos utilizar la información que tenemos sobre usted (incluidos sus registros de SUD si no ha optado por no

participar). Si no desea que nos pongamos en contacto con usted para participar en ninguna actividad de recaudación de fondos o si desea no participar en la recaudación de fondos, póngase en contacto con su terapeuta .

- 2.11 Datos anónimos y limitados .** La información médica protegida y los registros de SUD que se hayan anulado de conformidad con la HIPAA pueden usarse o divulgarse sin su consentimiento, según lo permitido tanto por la Parte 2 como por la HIPAA.
- 2.12 Socios Comerciales .** Podemos divulgar su información protegida a socios comerciales y permitirles crear, recibir, mantener o transmitir su información médica protegida en nuestro nombre, siempre que hayamos obtenido garantías satisfactorias de que protegerán su información. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica (incluidos los registros de SUD si contamos con su consentimiento para su divulgación con fines de tratamiento, pago y atención médica) a una empresa de facturación que presente reclamaciones en nuestro nombre.

3. Ciertos usos y divulgaciones requieren que usted tenga la oportunidad de oponerse.

- 3.1 Divulgación a familiares, amigos u otras personas involucradas en su atención.** Podemos proporcionar una cantidad limitada de información médica a un familiar, amigo u otra persona que sepamos que participa en su atención o en el pago de la misma, a menos que usted nos indique lo contrario. Por ejemplo, si un familiar lo acompaña a su cita y usted le permite entrar a la sala de tratamiento, podemos divulgarle información médica protegida durante la cita, a menos que usted nos indique lo contrario.
- 3.2 Divulgaciones para notificar a un familiar, amigo u otra persona seleccionada.** Al comenzar su programa, le solicitamos que nos proporcionara una persona de contacto en caso de emergencia en caso de que le sucediera algo durante su estancia en nuestras instalaciones. A menos que nos indique lo contrario, divulgaremos cierta información médica limitada sobre usted (su estado general, ubicación, etc.) a su contacto de emergencia u otro familiar disponible, por ejemplo, en caso de que necesite ser hospitalizado.

- 4. Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa por escrito.** En situaciones distintas a las categorías de usos y divulgaciones mencionadas anteriormente, o aquellas divulgaciones permitidas por la ley federal, le solicitaremos su autorización previa por escrito. Autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica protegida. Además, necesitamos su autorización específica por escrito para divulgar información sobre su salud mental, abuso de drogas y alcohol, o su tratamiento, o para divulgar su estado serológico respecto al VIH. Si decide firmar una autorización para divulgar su información médica, puede revocarla posteriormente para detener futuros usos y divulgaciones, siempre que no hayamos tomado medidas al amparo de dicha autorización, siempre que se revoque por escrito.

Los siguientes usos y divulgaciones se realizarán únicamente con su autorización por escrito:

- Venta de PHI
- Marketing
- Divulgación de notas de psicoterapia
- Otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso de prácticas de privacidad

5. Usos/Divulgaciones Prohibidas . Sin perjuicio de lo dispuesto en este Aviso, un plan de salud (excluyendo a los emisores de pólizas de atención a largo plazo) no puede usar ni divulgar su información genética con fines de suscripción. Por ejemplo, un plan de salud no puede usar su información genética para calcular el costo de su prima.

PREGUNTA : ¿QUÉ DERECHOS TENGO CON RESPECTO A MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Respuesta : Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

- 1. Derecho a solicitar límites en el uso y la divulgación de su información médica.** Tiene derecho a solicitarnos que limitemos el uso y la divulgación de su información médica. Consideraremos su solicitud, pero debe saber que, salvo en lo que respecta a las divulgaciones a un pagador para fines de tratamiento, pago y atención médica, siempre que la PHI restringida se relacione únicamente con productos o servicios de atención médica por los que se nos haya pagado de su bolsillo en su totalidad, no estamos obligados a aceptarla. Si aceptamos su solicitud, estableceremos los límites por escrito y los cumpliremos, excepto en caso de emergencia. Tenga en cuenta que no está autorizado a limitar los usos y las divulgaciones que la ley nos exige o nos permite realizar.
- 2. El derecho a elegir cómo le enviamos su información médica o cómo nos comunicamos con usted.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a una dirección o número de teléfono alternativo (por ejemplo, enviarle la información a su domicilio laboral en lugar de a su domicilio particular) o por otros medios (por ejemplo, por correo electrónico o correo postal en lugar de teléfono). Debemos acceder a su solicitud siempre que sea posible.
- 3. Derecho a ver u obtener una copia de su información médica protegida.** En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver u obtener una copia de la información médica que tenemos sobre usted, pero debe solicitarla por escrito. Su terapeuta puede proporcionarle un formulario de solicitud. Le responderemos en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su solicitud por escrito. Si no tenemos la información médica que solicita, pero sabemos quién la tiene, le indicaremos cómo obtenerla. En ciertas situaciones, podríamos denegar su solicitud. De ser así, le comunicaremos por escrito los motivos de la denegación. En ciertas circunstancias, podría tener derecho a apelar la decisión.

le cobraremos una tarifa razonable, además de los gastos de mano de obra y envío, según lo permita la ley estatal de Nueva Jersey. Debemos exigir el pago completo antes de proporcionarle la copia. Si acepta de antemano, podríamos proporcionarle un resumen o una explicación de sus registros. Se cobrará un cargo por la preparación del resumen o la explicación.

Siempre que se permita el acceso, se proporcionará en la forma o formato solicitado si es fácilmente reproducible en dicho formato, o en una copia impresa legible o en un formato híbrido. Siempre que se permita el acceso, la información solicitada se escaneará en un archivo PDF desde Millennium, los sistemas de historiales médicos electrónicos, y estará protegida con contraseña o cifrada. Si solicita que su PHI se envíe por correo electrónico sin cifrar, le informaremos de los riesgos de seguridad y le pediremos que los reconozca en la autorización que firme. Le recomendaremos la protección con contraseña o el cifrado. Puede solicitar que transmitamos su información médica a otra persona que usted designe, pero debe comprender que dicha persona podría no estar obligada a proteger la

privacidad de su información médica y que esta podría ser divulgada nuevamente por la otra persona.

- 4. Derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones de su información médica que hayamos realizado.** Tiene derecho a obtener una lista de ciertos tipos de divulgaciones que hayamos realizado de su información médica. Esta lista no incluye usos ni divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, divulgaciones dirigidas a usted o con su autorización escrita, ni divulgaciones a su familia para fines de notificación o debido a su participación en su atención. Esta lista tampoco incluye divulgaciones realizadas con fines de seguridad nacional, divulgaciones a autoridades penitenciarias o policiales si usted se encontraba detenido en ese momento, ni divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003. No puede solicitar un informe correspondiente a más de los seis (6) años anteriores a su solicitud.

Para presentar dicha solicitud, le solicitamos que lo haga por escrito; puede solicitar un formulario de solicitud a su terapeuta. Le responderemos en un plazo de 60 días a partir de la recepción de su solicitud. Si no podemos proporcionarle un informe de las divulgaciones dentro de ese plazo, le enviaremos una carta antes de que finalice el plazo de 60 días, informándole del motivo de la demora y de cuándo podremos proporcionarle dicho informe, que no podrá ser posterior a 30 días adicionales. La lista que podría recibir incluirá la fecha de la divulgación, la persona u organización que recibió la información (con su dirección, si está disponible), una breve descripción de la información divulgada y un breve motivo de la divulgación. Le proporcionaremos dicha lista sin coste alguno; sin embargo, si realiza más de una solicitud en el mismo año calendario, se le cobrará una tarifa razonable por cada solicitud adicional de ese año.

- 5. Derecho a solicitar la corrección o actualización de su información médica.** Si considera que hay un error en su información médica o que falta información importante, tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información. Debe presentar la solicitud por escrito, indicando el motivo de su solicitud, en un formulario que puede obtener de su terapeuta. Responderemos en un plazo de 60 días a partir de la recepción de su solicitud. Si aprobamos su solicitud, modificaremos su información médica, le informaremos al respecto e informaremos a otras personas que deban estar al tanto.

Podemos rechazar su solicitud si la información médica protegida:

- Es correcto y completo
- fue creado por nosotros
- No está permitido que se le revele esta información
- No forma parte de nuestros registros

Nuestra denegación por escrito indicará las razones por las que se denegó su solicitud y le explicará su derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo con la denegación. Si no desea hacerlo, puede solicitar que incluyamos una copia de su formulario de solicitud y de nuestro formulario de denegación junto con todas las futuras divulgaciones de dicha información médica.

- 6. Derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a obtener una copia de este aviso.

PREGUNTA : ¿CÓMO PUEDO PRESENTAR UNA QUEJA O HACER PREGUNTAS SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA ORGANIZACIÓN?

Respuesta: Si tienes alguna pregunta Si tiene alguna pregunta sobre cualquier aspecto de este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, o si tiene alguna inquietud o queja, comuníquese con el Director de Mejora de Calidad y Cumplimiento de Catholic Charities of Trenton, 10 Southard Street, Trenton, Nueva Jersey 08609, o llame al (609) 394-5181, extensión 2308. También tiene derecho a presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o ante SAMHSA. No podremos tomar represalias contra usted si presenta cualquier tipo de queja.

PREGUNTA : ¿CUÁNDO ENTRA EN VIGOR ESTE AVISO?

Respuesta: Este Aviso entra en vigor en **febrero de 2026**. (Original: junio de 2003; actualizado: septiembre de 2013)

Revisado el 25/10

Aviso de prácticas de privacidad HIPAA y 42 CFR Parte 2 Reconocimiento

Reconozco que se me ha ofrecido o recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la agencia. Este aviso explica cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida (PHI), y describe mis derechos bajo la HIPAA, incluyendo el derecho a solicitar restricciones, acceder a mis registros y solicitar modificaciones. He leído, revisado y se me han explicado mis derechos con respecto al uso y la divulgación de mi PHI. He formulado y recibido respuesta a todas las preguntas que pudiera tener sobre el uso y la divulgación de dicha información, y estoy convencido de comprender su contenido y significado.

Además, reconozco que se me ha informado sobre las protecciones federales de confidencialidad bajo el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2, que prohíben la divulgación de información sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley lo permita. Entiendo que tengo derecho a autorizar o denegar dichas divulgaciones, que cualquier autorización puede ser revocada por escrito y que la divulgación posterior está prohibida a menos que esté expresamente permitida bajo el Título 42 del CFR, Parte 2 u otras leyes aplicables.

Firma del consumidor (obligatoria)

Nombre del consumidor (en letra de imprenta):

Firma del consumidor:

Fecha:

Padre/Tutor/Representante legal (si corresponde)

Nombre (en letra de imprenta):

Relación con el consumidor:

Firma:

Fecha:

Si lo firma un representante personal, describa la autoridad (por ejemplo, padre del menor, tutor legal, poder notarial, etc.)

Testigo

Nombre del testigo (en letra de imprenta):

Firma del testigo:

Fecha:

Documentación interna opcional (si corresponde)

☐ El consumidor rechazó una copia del Aviso de prácticas de privacidad

☐ Copia proporcionada al consumidor el: _____ (fecha)