

Fecha de vigencia de este aviso: 18 de marzo de 2026

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE BERKSHIRE HEALTH SYSTEMS HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE:

- **CÓMO PUEDE UTILIZARSE O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA;**
- **SUS DERECHOS RESPECTO A ESA INFORMACIÓN; Y**
- **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O SEGURIDAD DE ESA INFORMACIÓN, O DE SUS DERECHOS CON RESPECTO A ELLA.**

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE ESTE AVISO

Este aviso se refiere a toda la información médica de los pacientes generada o recopilada por Berkshire Health Systems (BHS) y sus afiliados controlados, [que figure en nuestro sitio web](#), ya sea registrado en su historial médico, facturas, formularios de pago o de cualquier otra manera.

BHS, sus hospitales Berkshire Medical Center (BMC), Fairview Hospital (FVH) y North Adams Regional Hospital (NARH), su consulta médica Berkshire Faculty Services (BFS), los médicos empleados e independientes de su personal médico (incluido su médico), Berkshire Community Pharmacy y otros proveedores de atención médica relacionados han acordado, en la medida en que lo permita la ley, compartir su información médica entre ellos con el único fin de facilitar el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, con el objetivo de atender mejor sus necesidades de atención médica en un entorno clínicamente integrado, hemos desarrollado un historial médico electrónico compartido para tal fin.

NUESTRO COMPROMISO RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que su información médica y su salud es personal. Usted tiene ciertos derechos, en lo que respecta a su información médica

En esta sección se explican sus derechos y nuestras responsabilidades para ayudarle, así como ciertas obligaciones que tenemos en relación con el uso y la divulgación de información médica.

Por ley estamos obligados a:

- proteger la privacidad y seguridad de su información médica;
- entregarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad;
- cumplir con los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en vigor;

- notificarle si se produce una violación de seguridad que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información; y
- conservar los historiales médicos del hospital durante al menos 20 años tras su alta o tratamiento final; el resto de los registros se conservan según lo exigido por la legislación estatal y federal.

La información médica conocida como "**información médica protegida**" (PHI) incluye cualquier dato que permita identificarle, como el nombre, dirección, número de Seguridad Social y la información del seguro.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

En algunas circunstancias se nos permite o se nos exige utilizar o divulgar su información médica sin obtener su autorización previa y sin ofrecerle la oportunidad de oponerse. Entre estas circunstancias se incluyen:

1. **Tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida (PHI) para prestar, coordinar o gestionar su atención médica y servicios relacionados, tanto dentro como fuera de BHS.

Por ejemplo, podemos compartir su información médica con:

- Una agencia de atención domiciliaria que le ayude a recibir cuidados.
 - Un médico al que usted haya sido derivado, para que disponga de la información necesaria para diagnosticarle o tratarle.
 - otros proveedores, como especialistas o laboratorios, cuando su médico solicite participación de estos para su atención.
2. **Pago:** Su información médica se utilizará, según sea necesario, para obtener pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades de revisión que su plan de seguro médico pueda llevar a cabo antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que le hayamos recomendado, como determinar su elegibilidad o cobertura de las prestaciones del seguro. También es posible que tengamos que facilitar información a una persona que ayude a pagar su atención.
 3. **Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y divulgar su información médica para gestionar nuestros hospitales o consultas médicas, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar información médica para:

- revisar tratamientos y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal a cargo de su cuidado.
- combinar información médica de varios pacientes hospitalizados para decidir

qué servicios adicionales debería ofrecer el hospital, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos resultan eficaces.

- médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes y otro personal de BHS con fines de revisión y aprendizaje.
- contactarle para recordarle sus citas o proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- crear una hoja de registro en el mostrador de admisión y llamarle por su nombre en la sala de espera.

Entidades externas que nos ayudan a proporcionar servicios y programas:

También podemos compartir su información médica con socios comerciales y entidades externas que realizan diversas actividades para nosotros (por ejemplo, servicios de transcripción), pero en esos casos, tendremos un contrato por escrito con dicha entidad externa para limitar y proteger el uso de su información médica. Nuestros socios comerciales y sus subcontratistas están obligados por ley a proteger su información médica de la misma manera que lo hacemos nosotros. También exigimos a estas partes, mediante contrato, que utilicen y divulguen su información médica únicamente según lo permitido y que la protejan adecuadamente

4. Intercambios de información médica:

Podemos participar en intercambios de información médica («HIE»), como el Massachusetts Health Information Highway (Mass HIway), y podemos utilizar los HIE para compartir, solicitar y recibir electrónicamente información médica de salud con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines con otros participantes en el HIE, en la medida en que lo permita la ley. Los HIE permiten a sus proveedores de atención médica acceder y utilizar de manera eficiente su información médica según sea necesario para el tratamiento y otros fines permitidos.

Si tiene alguna pregunta o desea excluirse del intercambio de información a través de HIE por terceros, póngase en contacto con nuestro Departamento de Gestión de Información de Salud (HIM), comúnmente conocido como «Historiales Médicos», en el 413-447-2338 o por correo electrónico en Medicalrecords@bhs1.org

5. **Recaudación de fondos y marketing:** También podemos utilizar y divulgar su información médica para apoyar a BHS y su misión; no obstante, sólo una vez que nos hayamos puesto en contacto con usted, puede indicarnos que no volvamos a hacerlo. Asimismo, podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted en relación con nuestros productos o servicios que puedan estar relacionados con su tratamiento, manejo o coordinación de su atención, o para recomendarle terapias alternativas, profesionales médicos o lugares de atención.

También podemos comunicarnos con usted en persona para informarle sobre comercialización de productos o servicios que ofrecemos o por terceros. No venderemos su PHI a menos que usted nos entregue un permiso por escrito.

Tiene derecho, en cualquier momento, a optar de no recibir comunicación para recaudación de fondos o de marketing. Puede ponerse en contacto con la Oficina de Privacidad en el 413-445-9321 o en PrivacyOffice@bhs1.org para solicitar que no se le envíen estos materiales.

6. **Directorio hospitalario:** Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras sea paciente en cualquiera de nuestros centros. Esta información puede incluir su nombre, su ubicación en el hospital, su estado general y su afiliación religiosa.
- La información del directorio, excepto la de su afiliación religiosa, también puede ser facilitada a personas que pregunten por usted.
 - Su afiliación religiosa puede ser otorgada a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino, incluso si no preguntan por usted por su nombre.

Puede elegir si desea que su información esté incluida en el directorio del hospital o no. Si se encuentra en una situación de emergencia y no puede comunicar sus deseos, podemos incluir su información si consideramos que es lo mejor para usted. Si anteriormente nos indicó durante una estancia hospitalaria anterior que no deseaba que se compartiera su información, seguiremos respetando esa decisión

7. **Personas involucradas en su cuidado:** A menos que usted se oponga o no pueda dar su consentimiento, podemos divulgar información médica a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted designe, en la medida en que dicha información esté directamente relacionada con la participación de esa persona en su atención médica.

Podríamos revelar su información médica:

- para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal o cualquier otra persona responsable de su atención sobre su ubicación, estado general o fallecimiento.
- a una entidad pública o privada autorizada para colaborar en las labores de socorro en caso de catástrofes y para coordinar los usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.
- en una situación de tratamiento de urgencia. Si esto ocurre, su proveedor de atención médica intentará obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible.

8. **Estudios:** Podemos divulgar su información médica a investigadores cuando la ley

federal o estatal no exija su autorización y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica.

9. **Requerido por ley o supervisión de salud pública:** Podemos divulgar su información médica:

- cuando lo exijan las leyes federales, estatales o locales (por ejemplo, el Estado de Massachusetts nos exige que presentemos información sobre todos los casos de cáncer recién diagnosticados y sobre las víctimas de abuso o negligencia);
- en procedimientos judiciales o administrativos y con fines de aplicación de la ley cuando la ley lo permita (por ejemplo, en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación);
- a efectos de la indemnización por accidentes de trabajo, cuando lo permita la ley;
- para presentar un certificado de vacunación a un centro educativo, cuando lo permita la ley;
- para fines y actividades de salud pública, a aquellas personas autorizadas a recibir información sobre hechos vitales (incluida notificación de nacimientos y defunciones); y
- para actividades de cumplimiento con normas de salud, tales como auditorías, inspecciones, concesión de licencias o investigaciones civiles, administrativas o penales.

SITUACIONES ESPECIALES

1. **Fin de la vida:** Podemos facilitar información médica a un forense, un médico forense o un director funerario cuando una persona fallece.

Podemos compartir su información médica ante una espera razonable de fallecimiento para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos. Tras su fallecimiento, una organización encargada de obtención de órganos podría ponerse en contacto con su familia, tal y como exige la legislación de Massachusetts.

2. **Militares, Veteranos y Seguridad Nacional:** Si es miembro o veterano de las Fuerzas Armadas de EE. UU., podemos utilizar o divulgar su PHI para:

- actividades consideradas necesarias por las autoridades militares competentes según lo permita la ley, o
- fines de determinación por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos sobre la elegibilidad para recibir beneficios.

Si usted es miembro de un servicio militar extranjero, podemos divulgar su información

médica a la autoridad militar extranjera competente, según lo permita la ley.

También podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluida la prestación de servicios de protección al presidente o a otras personas legalmente autorizadas.

3. **Riesgos para la salud pública:** Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones relacionadas con la salud y seguridad públicas, por ejemplo:
 - para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades (por ejemplo, enviamos datos a la Base de Datos Nacional sobre el Cáncer);
 - para denunciar presuntos casos de maltrato, negligencia o violencia doméstica;
 - para informar de reacciones adversas a medicamentos o problemas con productos (por ejemplo, notificamos todos los casos de lesiones causadas por productos a la Comisión de Seguridad de Productos de Consumo y/o a la Administración Federal de Medicamentos);
 - para colaborar con la retirada de productos;
 - para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y
 - para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.
4. **Reclusos:** Si usted es recluso de un centro penitenciario o se encuentra bajo la custodia de un agente de las fuerzas del orden, podemos divulgar información médica sobre usted al centro penitenciario o a un agente de las fuerzas del orden.

Esta divulgación puede ser necesaria:

- para que el centro le preste asistencia médica; o
- para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas, incluido al centro penitenciario.

INSTANCIAS QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

No compartiremos su información médica para fines distintos a los descritos en este aviso, a menos que nos dé su autorización por escrito.

Además, las leyes estatales y federales nos prohíben compartir, sin su autorización por escrito, ciertos tipos de información médica que se consideran altamente sensibles.

Esta información altamente sensible incluye, por ejemplo, registros de tratamientos recibidos en un programa para trastornos por consumo de sustancias (SUD), ciertos registros de salud

conductual, pruebas de VIH/SIDA o resultados de dichas pruebas, información genética y registros de un consejero para víctimas de violencia doméstica o de un consejero para víctimas de agresión sexual.

Sin embargo, existen excepciones. Por ejemplo, podemos compartir información médica sin consentimiento si es necesario para denunciar un presunto caso de abuso o negligencia hacia niños o personas mayores, y para otros fines limitados permitidos por la ley.

Para obtener más información sobre las protecciones especiales que se aplican a la información médica de los programas de SUD, consulte el **Apéndice A**.

Puede revocar una autorización o consentimiento por escrito en cualquier momento o, en situaciones limitadas, verbalmente, salvo en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en ella. Si ya hemos compartido su información médica con alguien a quien usted autorizó, no podremos recuperarla. Para revocar una autorización o consentimiento, póngase en contacto con nuestra Oficina de Gestión de Información de Salud (HIM), comúnmente conocida como la Oficina de Historiales Médicos, en el 413-447-2338, o por correo electrónico en MedicalRecords@bhs1.org.

SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos con relación a la información médica que manejamos sobre usted:

- 1. Derecho a ver u obtener una copia de sus historiales médicos:** Tiene derecho a solicitar consultar o recibir una copia electrónica o en papel de su historial médico y de cualquier otra información médica que tengamos sobre usted. Previa solicitud por escrito, le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos. Si se deniega su solicitud, le explicaremos los motivos y le informaremos sobre sus derechos.

También puede solicitar por escrito que enviemos una copia de su información médica directamente a otra persona designada. Su solicitud debe estar firmada e incluir el nombre y la dirección del destinatario. Para iniciar una solicitud, póngase en contacto con nuestra Oficina de Gestión de Información de Salud (HIM), comúnmente conocida como la Oficina de Historiales Médicos, en el 413-447-2338 o por correo electrónico en MedicalRecords@bhs1.org.

En algunos casos, podemos denegar su solicitud. Le explicaremos por qué por escrito y le informaremos de los derechos que pueda tener para solicitar una revisión de nuestra decisión.

2. Derecho a solicitar la corrección de su historial médico: Puede solicitar que corriamos su información médica o de facturación que considere inexacta o incompleta. Pregúntenos cómo presentar dicha solicitud. Si aceptamos su solicitud, le pediremos que nos facilite los nombres de las personas u organizaciones a las que desea que se envíe la información. Si su proveedor considera que la información es exacta y completa, es posible que deneguemos su solicitud, pero le comunicaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días. Podemos solicitar una prórroga del plazo de respuesta de 30 días, y le enviaremos una notificación explicando el retraso y proporcionándole una nueva fecha en la que puede esperar nuestra respuesta. Para solicitar la corrección de su historial médico, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad de BHS en el 413-445-9321 o en PrivacyOffice@bhs1.org.

3. Derecho a un informe de las divulgaciones: Tiene derecho a solicitar una lista (informe) de las ocasiones en las que hemos compartido su información médica durante seis años antes a la fecha en que presente su solicitud.

Debe presentar la solicitud por escrito e incluir el período de tiempo que desea que revisemos. La lista incluirá la fecha, la persona u organización con la que compartimos la información (si se conoce), qué información se compartió y por qué se divulgó. La lista no incluirá las divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted solicitó que hiciéramos).

Responderemos a su solicitud en un plazo de 60 días, pero si no podemos actuar dentro de ese plazo, puede que tengamos que ampliar el plazo de respuesta 30 días más y le enviaremos una notificación explicando el retraso proporcionándole una nueva fecha en la que puede recibir una respuesta. Le proporcionaremos su primera solicitud de informe de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra copia en un plazo de 12 meses.

Para solicitar un informe de divulgaciones, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad de BHS en el 413-445-9321 o en PrivacyOffice@bhs1.org.

4. Derecho a solicitar restricciones: Puede solicitarnos que limitemos el uso o la divulgación de su información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos denegarla.

También puede solicitarnos que no compartamos cierta información con familiares, amigos u otras personas involucradas en su atención, por ejemplo, para recordarle de citas.

Si limitar su información interfiere con su atención, el pago o las operaciones necesarias, o si creemos que compartirla es en su beneficio, es posible que no podamos atender su solicitud. Si aceptamos la restricción solicitada, la pondremos por escrito y la cumpliremos, a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. Su solicitud debe indicar claramente qué información desea que se restrinja y quién no debe recibirla (por ejemplo, su cónyuge).

No puede solicitarnos que restrinjamos los usos o divulgaciones de información que estamos legalmente obligados a realizar.

Si paga de su bolsillo el total de un servicio o producto médico al momento de recibirlo, aceptaremos su solicitud de no compartir información sobre dicho servicio o producto con su plan de salud o aseguradora con fines de pago u operaciones, a menos que la ley nos obligue a hacerlo.

Para solicitar restricciones, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad de BHS en el 413-445-9321 o en PrivacyOffice@bhs1.org.

5.Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted de una forma concreta (por ejemplo, por teléfono fijo) o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente. Aceptaremos todas las solicitudes razonables. Para solicitar comunicaciones confidenciales, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad de BHS en el 413-445-9321 o en PrivacyOffice@bhs1.org

6. Derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad: Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja poniéndose en contacto con la Oficina de Privacidad de BHS en el 413-445-9321 o en PrivacyOffice@bhs1.org.

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:
Oficina de Derechos Civiles,

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Edificio Federal J.F. Kennedy - Sala 1875, Boston, MA 02203, o llamando al 800-368-1019, enviando un correo electrónico a OCRComplaint@hhs o visitando [sss.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/](https://www.sss.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/).

No tomaremos represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja y su atención no se verá afectada.

COPIAS DE ESTE AVISO

Copias de este aviso se publican en los hospitales y están disponibles en las consultas de nuestros médicos. Este aviso también está publicado en el sitio web de BHS (www.berkshirehealthsystems.org), donde encontrará un enlace que le permitirá bajar este aviso en formato PDF.

También puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento a la persona de contacto que figura en la sección "Mas información" al final de este aviso, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente.

MODIFICACIONES DE ESTE AVISO

Podemos modificar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted.

Si modificamos este aviso, estará disponible previa solicitud en nuestros hospitales, en nuestro sitio web (www.berkshirehealthsystems.org) y en las consultas de nuestros médicos. El nuevo aviso incluirá la fecha de cuando entró en vigor, en la primera página.

MÁS INFORMACIÓN

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede ponerse en contacto con la Oficina de Privacidad en el 413-445-9321 o en PrivacyOffice@bhs1.org.

APÉNDICE A

Protecciones adicionales de privacidad para los programas de trastornos por consumo de sustancias (SUD)

Si recibe atención en uno de nuestros programas de trastornos por consumo de sustancias (SUD), tiene ciertos derechos en virtud de una ley federal de privacidad, el 42 CFR Parte 2 (Parte 2), que van más allá de los derechos previstos en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). En este Apéndice A se describen esas protecciones y derechos adicionales.

En virtud de la Parte 2, usted tiene derecho a:

- Dar su consentimiento para la mayoría de los usos y divulgaciones de su información del programa SUD
- Hablar sobre este aviso con alguien de nuestro programa
- Obtener una lista de los proveedores de atención médica que han recibido su información a través de determinados terceros.
- Elegir por adelantado si desea recibir comunicaciones relacionadas con la recaudación de fondos

Bajo HIPAA, también tiene derecho a solicitar restricciones a la divulgación de su información sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD), revocar su consentimiento, obtener un registro de las divulgaciones, presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad y obtener una copia en papel o electrónica de este aviso, todo ello tal y como se describe en otras partes de este aviso.

Cómo podemos utilizar su información de la Parte 2:

Estamos obligados a obtener su consentimiento para la mayoría de los usos y el intercambio de su información de la Parte 2.

Sin embargo, se nos permite o se nos exige utilizar y compartir su información de determinadas maneras sin su consentimiento, incluyendo para:

- Comunicación dentro de nuestro programa de trastornos por consumo de sustancias (SUD)
- Comunicación con nuestros contratistas que se comprometen por escrito a proteger la información de la misma forma en que nosotros estamos obligados a hacerlo
- Prestar asistencia en casos de emergencias médicas
- Colaborar en materia de salud pública
- Denunciar delitos (y amenazas de delito) que se produzcan en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, así como sospechas de maltrato y abandono infantil
- Contribuir a la investigación científica
- Responder a auditorías y evaluaciones de nuestro programa
- Colaborar en investigaciones sobre la causas de muerte

- Responder a órdenes judiciales

En todas estas circunstancias, debemos proteger su información y limitar cómo la utilizamos y compartimos. En otros casos, le pediremos su consentimiento para divulgar su información fuera del programa de la Parte 2.

Su elección de consentimiento

Con su consentimiento, podemos compartir los registros del programa SUD para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica de la misma manera que se nos permite utilizar y compartir otra información médica sobre usted en virtud de HIPAA.

Puede dar un consentimiento único que nos permita compartir los registros del programa SUD para todos los usos o divulgaciones futuros con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO).

Alternativamente, puede dar su consentimiento para fines más limitados (por ejemplo, para divulgar información únicamente a otro proveedor de atención médica para su tratamiento) o por un período de tiempo más limitado (por ejemplo, solo mientras reciba tratamiento en un programa de hospitalización de la Parte 2). Sin embargo, hacerlo puede afectar a los servicios que podemos prestarle y a información de que disponen los profesionales que le atienden.

Si ha dado su consentimiento para que compartamos su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento y solicitarnos que no la compartamos notificándonoslo por escrito. Si cambia de opinión, dejaremos de compartir su información en el futuro, pero no podremos recuperar ni detener la divulgación de la información que ya se haya compartido.

Nueva divulgación según HIPAA

Cuando usted da su consentimiento para el uso y divulgación de su información con fines de tratamiento y pagos futuros, podemos compartir su información con otros programas de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, consultorios médicos y empresas de atención de salud para dichas actividades. Si la persona que la recibe está sujeta a HIPAA, entonces se le permite utilizar y compartir su información de nuevo sin su consentimiento para los fines que permite HIPAA. Su información no podrá utilizarse en procedimientos legales en su contra a menos que (1) usted dé su consentimiento o (2) se base en una orden judicial que cumpla con los requisitos especiales de la Parte 2.

Sus derechos adicionales de la Parte 2:

- **Su derecho a solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones de atención médica, incluso después de haber dado su consentimiento para todos esos fines. No estamos obligados a aceptar su

solicitud y podemos denegarla si, por ejemplo, pudiera afectar su atención médica. Si aceptamos su solicitud, es posible que sigamos compartiendo esta información en caso de que necesite tratamiento de urgencia.

Si paga de su bolsillo el costo total de un servicio o artículo médico, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica con fines de pago o para nuestras operaciones de atención de salud. Aceptaremos su solicitud, a menos que la ley nos obligue a compartir dicha información.

- **Su derecho a elegir por adelantado sobre la recaudación de fondos**

Tiene derecho a que se le ofrezca la oportunidad de excluirse por adelantado de las comunicaciones de recaudación de fondos para nuestros programas de SUD.

- **Procedimientos legales y órdenes judiciales**

Debemos seguir ciertos procedimientos antes de utilizar o compartir su información para investigaciones y procedimientos legales.

- No utilizaremos ni compartiremos su información ni prestaremos testimonio sobre ella en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo en su contra sin su consentimiento por escrito o una orden judicial.
- Solo responderemos a una orden judicial para utilizar o compartir su información médica si va acompañada de una citación u otro mandato legal similar que nos obligue a cumplirla.
- Solo utilizaremos o compartiremos su información en procedimientos judiciales en su contra basados en una orden judicial después de haber recibido la notificación y haber tenido la oportunidad de una audiencia, o bien cuando usted nos comunique que ha recibido dicha notificación.
- Podemos utilizar o compartir su información para responder a procedimientos judiciales contra nuestro programa basados en una orden judicial, sin que se le notifique con antelación. Usted tiene derecho a solicitar la anulación o modificación de la orden judicial una vez que tenga conocimiento de ella.