

# Four Winds Hospital

**Westchester**  
800 Cross River Road  
Katonah, NY 10536  
Teléfono: (914) 763-8151, 1-800-528-6624

**Saratoga**  
30 Crescent Avenue  
Saratoga Springs, NY 12866  
Teléfono: (518) 584-3600 1-800-888-5448

[www.fourwindshospital.com](http://www.fourwindshospital.com)

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con la directora de Privacidad y oficial de cumplimiento del Hospital, Michelle Blanchard, llamando al 518-584-3600 ext. 3312.



## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

En este aviso, se describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo puede tener acceso a esta información. **Revíselo cuidadosamente.**

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

La ley del estado de Nueva York puede ser más estricta que la ley federal en cuanto a ciertos tipos de divulgación de información de su historia clínica en un hospital psiquiátrico. Por ejemplo, la Ley de Higiene Mental de Nueva York no suele permitir la divulgación de antecedentes médicos, excepto en circunstancias específicamente establecidas en la ley. El hospital seguirá la ley de Nueva York cuando sea más restrictiva.

---

#### **Obtenga una copia electrónica o impresa de su historia clínica**

Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica e información médica adicional que tengamos sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.

Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 10 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable en función del costo.

---

#### **Pídanos que corrijamos su historia clínica**

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.
- Rechazaremos su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

---

#### **Solicite que la comunicación sea confidencial**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de casa o de la oficina), o bien que le enviemos el correo a una dirección diferente.

Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

---

**Pídanos que limitemos la información que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si esto afectara su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo en su totalidad, puede solicitar que no compartamos dicha información para los efectos de pagos o de nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
- Aceptaremos su solicitud, a menos que una ley nos exija compartir esa información.

---

**Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y los procedimientos de atención médica, así como algunas otras divulgaciones (tales como las que usted nos hubiere solicitado). Proporcionaremos este recuento de forma gratuita.

---

**Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

---

**Elija a alguien para que actúe en su nombre**

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

---

**Presente una queja considera que se violan sus derechos**

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos, comunicándose con Eric Weinstein al 914-763-8151 ext. 2417
- 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., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

---

**Sus opciones**

**Para cierta información médica, puede comunicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.**

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

---

**En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que compartamos:**

- Información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Información en una situación de emergencia

*Si no puede decirnos su preferencia, podemos seguir adelante 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.*

---

## Nuestros usos y divulgaciones

**¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?** Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

---

<b>Para su tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.</li></ul> <p>Esto puede incluir la coordinación o transición de la atención y la planificación del alta u otra gestión de casos.</p>	<p><i>Ejemplo: el psiquiatra que lo trata puede preguntarle a su psiquiatra ambulatorio sobre su tratamiento.</i></p> <p><i>Ejemplo: Organizar citas posteriores al alta o ayudar a establecer recursos comunitarios.</i></p>
<b>Dirigimos nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li></ul>	<p><i>Ejemplo: usamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.</i></p>
<b>Facturamos por sus servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.</li></ul>	<p><i>Ejemplo: le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.</i></p>

---

**¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?** Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchos requisitos estipulados por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

### **Ayudamos en materia de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertos fines, tales como:
- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

---

### **Investigamos**

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas. Todos los proyectos de investigaciones para pacientes que reciben servicios psiquiátricos están sujetos a un proceso de aprobación especial, según la ley de Nueva York.

---

### **Cumplimos con las leyes**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos o con la Oficina de Salud Mental del estado de Nueva York si este desea asegurarse de que cumplimos con la ley de privacidad federal o estatal.
- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o bien en respuesta a una citación.
- Para reclamos de indemnización laboral

- Para hacer cumplir la ley o ante un funcionario del orden público
- Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

---

**Reclusos**

Si usted es un recluso de un centro correccional, podemos divulgar la información médica necesaria para tomar una determinación con respecto a su atención médica, seguridad o capacidad para participar en programas cuando el director administrativo del centro lo solicite.

---

**Trabajamos con un médico forense**

- Podemos compartir información médica con un médico forense o examinador médico cuando una persona fallece.

---

**Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir su información médica con organizaciones de donación de Órganos.

---

**Atención de salud reproductiva  
Protección de la privacidad**

Ciertas protecciones federales podrían estar sujetas a futuras decisiones judiciales o cambios regulatorios. Seguiremos manteniendo dichas protecciones de privacidad de acuerdo con la HIPAA y otros organismos reguladores.

---

**42 CFR Parte 2: Registros de uso de sustancias**

Four Winds es un hospital psiquiátrico y no cuenta con la licencia de la SAMHSA para el tratamiento del consumo de sustancias. Sin embargo, podemos colaborar con proveedores externos y mantener registros médicos externos de centros de la Parte 2 para apoyarle durante el tratamiento. Mantendremos estas protecciones de privacidad de acuerdo con la HIPAA y otros organismos reguladores.

---

**Otro**

No creamos ni administramos un directorio de hospitales. No contactamos a los pacientes para campañas de marketing o recaudación de fondos.

---

**Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos da su autorización, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

## **Cambios en los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Fecha de vigencia de este Aviso: 02/16/2026

**Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a Four Winds Hospital**