

# Aviso de privacidad

Fecha de inicio: 16 de febrero de 2026

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe la forma en que se puede usar y revelar su información médica y la manera en que usted puede obtener acceso a esta información. **Revíselo con atención.**

## NUESTRO COMPROMISO

En Penn State Health, comprendemos que la información sobre su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información médica según lo establecido en este Aviso y como lo exigen las leyes federales y estatales, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y el título 42 del CFR, parte 2 ("Parte 2"), en relación con los registros de trastornos por consumo de sustancias.

## APLICABILIDAD DE ESTE AVISO

Este Aviso se aplica a todas las entidades y a la fuerza laboral (incluyendo a los estudiantes y voluntarios) que forman parte del sistema de Penn State Health (PSH). Puede obtener más información sobre la organización de PSH en: <https://www.pennstatehealth.org/>

Este Aviso se aplica a la información creada o recibida por PSH que describe:

- Su salud o condición mental o física;
- Los servicios de atención médica que recibe; o
- El pago por los servicios de atención médica que reciba.

La información descrita arriba se conoce como información médica protegida o "PHI", y está regulada por la ley federal y estatal. Este Aviso no se aplica a:

- Información médica que no sea PHI;
- El plan médico de PSH o PSH como empleador;
- Cualquier empresa conjunta en la que PSH tenga una participación y que no haya adoptado este Aviso; y
- Los proveedores médicos que no sean de PSH.

## AVISO CONJUNTO

Los miembros de la organización de PSH participan en un Acuerdo de atención médica organizada (OHCA). Los participantes del OHCA pueden compartir su información entre ellos para operaciones conjuntas de tratamiento, pago y atención médica. Cada miembro del OHCA usará, revelará, conservará y protegerá su información médica de acuerdo con este Aviso.

## REGISTROS DEL PROGRAMA FEDERAL DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Ciertos centros, unidades y personal de PSH se especializan en proporcionar tratamiento para trastornos relacionados con el consumo de sustancias según los programas financiados a nivel federal ("Programas"). La confidencialidad de los expedientes de los pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias que mantienen estos Programas está protegida por leyes y reglamentaciones federales especiales, además de la HIPAA. Por lo general, estos Programas no pueden revelar información que lo identifique como persona que tiene o ha tenido un trastorno por consumo de sustancias, a menos que:

- Usted dé su consentimiento por escrito. Se puede usar un único consentimiento para todos los tratamientos, pagos u operaciones de PSH futuros;

- La revelación esté permitida por una orden del tribunal; o
- La revelación se haga al personal médico en una emergencia médica o a personal calificado para investigación, auditoría o evaluación del programa.
- La revelación se haga por otros motivos permitidos por la Parte 2 y otras leyes pertinentes.

## CÓMO USAMOS Y REVELAMOS SU PHI

### TRATAMIENTO

Podemos usar y revelar su PHI según sea necesario para proporcionar o coordinar el tratamiento. Esto incluye compartir su PHI con otros centros y personal de PSH, o con proveedores de atención médica, agencias o centros que no pertenezcan a PSH.

Por ejemplo, médicos, enfermeros y otros profesionales que participen en su atención (dentro y fuera de PSH) podrían usar su PHI para remitirlo con un especialista, recomendar procedimientos, medicamentos, exámenes o planificar un tratamiento para usted.

### OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Podemos usar y revelar la PHI para hacer operaciones de atención médica, incluyendo actividades administrativas, financieras, legales, de análisis de datos y de mejora de la calidad.

Por ejemplo, podemos revelar su PHI a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes y a otros trabajadores de PSH con fines educativos o para coordinar la atención.

### PAGO DE LOS SERVICIOS

Podríamos usar y revelar su PHI para obtener el pago por nuestros servicios y para pedir la autorización previa del pago para servicios futuros. Se puede revelar la PHI a planes médicos, compañías de seguros o terceros que prestan servicios de pago y de cobro.

Por ejemplo, podríamos usar y revelar su PHI a su proveedor de seguro médico para garantizar que la atención médica que recibe se factura y se paga adecuadamente.

## OTRAS MANERAS EN LAS QUE PODEMOS USAR O REVELAR SU PHI

### ASOCIADOS COMERCIALES

Podemos revelar la PHI a terceros contratados, conocidos como asociados comerciales, que prestan servicios en nuestro nombre, como facturación, mantenimiento de software y servicios legales.

### SALUD PÚBLICA Y ACTIVIDADES DE SEGURIDAD

Podríamos revelar su PHI en actividades relacionadas de salud pública, incluyendo:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Declarar nacimientos y muertes;
- Denunciar negligencia o maltrato infantil;
- Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Proporcionar aviso sobre productos que se deben sacar del mercado;
- Proporcionar avisos sobre una posible exposición a una enfermedad o el riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o condición;
- Informar a la autoridad gubernamental correspondiente sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica; o
- Para reportar un delito en nuestras instalaciones.

Además, podemos usar y revelar PHI:

- Para reducir o evitar una amenaza seria a su salud y seguridad o la de otras personas; y

- A organizaciones autorizadas que participen en iniciativas de asistencia en desastres.

Por ejemplo, podemos revelar su PHI a la Cruz Roja Americana para ayudarlos a responder en una emergencia pública.

### ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

Podríamos usar y revelar su PHI para fines de investigación, si:

- El investigador recibe la autorización de una Junta de Revisión Institucional (IRB), o un comité similar, que se encargue de proteger los derechos de privacidad y la seguridad de los sujetos que participan en investigaciones, o
- Usted nos proporciona su autorización por escrito.

Además, podemos usar y revelar la PHI, sin autorización, para identificar y reclutar a pacientes con necesidades médicas específicas para que participen en futuras iniciativas de investigación.

### CONJUNTO DE DATOS LIMITADO

Podemos usar su información médica para crear un conjunto de datos limitado quitando cierta información de identificación. Podemos usar y revelar un conjunto de datos limitado solo para fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica, y cualquier tercero que reciba un conjunto de datos limitado debe firmar un acuerdo para proteger su información médica protegida.

### INFORMACIÓN SIN IDENTIFICACIÓN

Podemos permitir que terceros usen y compartan información sin identificación para varios fines, incluyendo, entre otros, los siguientes:

- Investigación;
- Desarrollar, evaluar y mejorar los productos y servicios prestados a PSH; y
- Crear análisis de datos y conocimientos de valor sobre el mercado, como prácticas para recetar medicamentos.

Antes de usar su información para estos fines, se quita la información de identificación personal, como su nombre, dirección y número de expediente médico. Solo permitimos usar información médica básica, como diagnósticos, medicamentos, procedimientos y resultados de laboratorio, para estos fines. La información no puede usarse para identificarlo. Según la HIPAA, la información sin identificación ya no se considera PHI.

### CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Revelaremos su PHI si lo exigen las leyes federales, estatales o locales.

### DONACIONES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Si es donante de órganos, podríamos revelar su PHI a un banco o a organizaciones de donación de órganos que se encargan de la obtención o del trasplante de órganos.

### EXAMINADORES MÉDICOS O DIRECTORES DE FUNERARIAS

Podríamos revelar su PHI a:

- Médicos forenses o examinadores médicos para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o por otros motivos autorizados por ley; y
- Directores de funerarias según sea necesario para que puedan hacer sus funciones.

### COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

Podríamos revelar su PHI al Programa de Compensación para los Trabajadores o a programas similares que dan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL

Podríamos revelar su PHI a su empleador cuando le hayamos hecho evaluaciones y le hayamos dado atención médica que su empleador haya pedido por motivos de salud y seguridad ocupacional.

### CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Podríamos revelar su PHI por el cumplimiento de la ley o a un representante del orden público, según lo autorice o exija la ley.

### EN RESPUESTA A OTRAS SOLICITUDES GUBERNAMENTALES

Podríamos revelar su PHI si lo exigen estas circunstancias especiales:

- A las autoridades del comando militar si usted es miembro de las fuerzas armadas;
- A las autoridades militares extranjeras pertinentes si usted es personal militar extranjero;
- A representantes federales autorizados para actividades de inteligencia o contrainteligencia;
- A representantes autorizados para proteger al presidente de los Estados Unidos u otras autoridades nacionales o extranjeras o
- Para hacer investigaciones especiales o actividades según lo autorice la ley.

### SOLICITUDES LEGALES

Podríamos revelar su PHI como respuesta a:

- Una orden de tribunal o administrativa.
- Una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legítimo.

Además, podemos usar y revelar su PHI para defender o imponer una demanda legal relacionada con su tratamiento en un centro de PSH.

A menos que lo permita o lo exija la ley, no usaremos los registros del Programa federal de trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Federal substance use disorder program) ni los testimonios en procedimientos legales.

### INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Podemos participar en intercambios electrónicos de información médica (HIE) para facilitar el intercambio de PHI con otros proveedores de atención médica, planes médicos u otras entidades de atención médica. Por ejemplo, su PHI puede estar disponible para su plan médico y para médicos u hospitales que no pertenecen a PSH, pero que también participan en el intercambio de información médica (HIE), con el fin de proporcionarle tratamiento, procesar pagos por servicios o hacer operaciones de atención médica. Puede elegir no participar en los HIE presentando un formulario de exclusión voluntaria al personal de registro que lo ayude durante su visita en PSH o comunicándose con la Administración de información médica (Health Information Management) de PSH usando la información de contacto al final de este Aviso.

### BENEFICIOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD

Podríamos usar y revelar su PHI para avisarle de beneficios, servicios y opciones de tratamiento relacionados con la salud que da PSH. Por ejemplo, podemos avisarle sobre los servicios de nutricionistas que da PSH para ayudarlo a controlar la diabetes.

### PREVENCIÓN DE DAÑOS

Podríamos usar y revelar su PHI para evitar una amenaza grave e inminente a alguna persona o al público.

### LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS

Podemos revelar la PHI a la FDA si está relacionada con la supervisión de comida, suplementos, productos farmacéuticos y productos de la agencia, o según sea necesario para permitir retiros de productos, reparaciones o reemplazos.

### ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS

Podríamos usar su PHI para comunicarnos con usted para pedir donaciones o participación voluntaria en apoyo a las misiones de beneficencia de PSH. Esto incluye revelar su PHI limitada a Pennsylvania State University, que ayuda a PSH a buscar donaciones benéficas en nombre de PSH.

Si usamos o revelamos su PHI para actividades de recaudación de fondos, podrá elegir no participar en actividades futuras, recibirá más información en la comunicación que reciba sobre recaudación de fondos.

No usaremos la información del Programa federal de trastornos relacionados con el consumo de sustancias para recaudación de fondos sin darle la oportunidad de elegir no recibir comunicaciones relacionadas con la recaudación de fondos.

## DIRECTORIO DEL HOSPITAL DE PSH

Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras sea paciente en una de nuestras instalaciones.

- La información del directorio puede incluir su nombre, el lugar en las instalaciones, su condición médica general (como “fair” (bien), “serious” (grave), “critical” (crítica), etc.) y sus creencias religiosas.
- Podemos revelar información del directorio sobre usted a personas que pregunten por usted por su nombre. Esta información no incluirá su afiliación religiosa.
- La información sobre sus creencias religiosas puede darse a miembros del clero.
- Tiene derecho a restringir la revelación de cualquier parte o de toda la información de este directorio, o puede pedir que su ingreso a PSH permanezca confidencial comunicando esta solicitud a los miembros de la fuerza laboral de PSH que le proporcionan atención. Si solicita que su ingreso sea confidencial, no se informará a las personas que llamen ni a las visitas que usted es paciente.

## PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU ATENCIÓN

Siempre y cuando usted no exprese su objeción, podemos revelar su PHI a un amigo o a un familiar que esté involucrado en su atención médica, como un familiar que recoja un medicamento con receta en su nombre.

## ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD

Podríamos revelar su PHI a agencias de supervisión de la salud en actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Estas actividades son necesarias para que el Gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes.

## RECLUSOS

Si usted es un recluso de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un representante del orden público, podríamos revelarles su PHI a ellos.

## USOS Y REVELACIONES PARA LAS QUE SE NECESITA SU AUTORIZACIÓN/ CONSENTIMIENTO

Excepto, como se describe en este Aviso, o según lo permita o exija la ley, no usaremos ni revelaremos su PHI para ningún otro fin, a menos que usted nos haya autorizado por escrito para hacerlo. En particular, se necesita una autorización/consentimiento firmado para los siguientes:

- Usos y revelaciones con fines comerciales;
- La mayoría de los usos y revelaciones de la historia clínica de psicoterapia;
- Usos y revelaciones de los registros del Programa federal de trastornos relacionados con el consumo de sustancias;
- Revelaciones que constituyen la venta de PHI y
- Usos y revelaciones para ciertos protocolos de investigación.

Si nos autoriza usar o revelar su PHI, puede anularlo (cancelarlo) por escrito en cualquier momento. Sin embargo, no podemos revertir ninguna revelación hecha previamente con su autorización. El documento que firme dirá cómo puede anular su autorización. Su cancelación o rechazo para dar autorización no afectará la atención que recibe de PSH, pero puede impedirle participar en programas especiales que ofrece PSH que exigen una autorización para usar y revelar su PHI.

## SUS DERECHOS

En esta sección se explican nuestras responsabilidades y sus derechos según la ley federal, incluyendo la HIPAA y la Parte 2.

## REVISAR Y OBTENER UNA COPIA ELECTRÓNICA O IMPRESA DE SU EXPEDIENTE MÉDICO

Con ciertas excepciones, tiene derecho a revisar y obtener una copia de su expediente médico que contenga PHI.

- Para revisar y obtener una copia de su expediente médico, puede comunicarse con la Administración de la información médica de PSH usando la información de contacto que está al final de este Aviso.
- Podríamos cobrar un cargo razonable por los costos de copiar, de enviar o por otros suministros asociados con su solicitud.
- En ciertas circunstancias limitadas, podríamos rechazar su solicitud de revisar y obtener una copia de su información e informaremos la decisión por escrito. Además, le diremos si puede pedir que se revise esta decisión y cómo puede hacerlo.

También puede acceder a partes de su información médica mediante el portal para pacientes de PSH. Puede pedirle al personal de registro que lo ayude durante su consulta a configurar una cuenta en el portal para pacientes o puede comunicarse con la Administración de información médica mediante la información de contacto que está al final de este aviso.

## PEDIR LA MODIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO

Si cree que su PHI no es correcta o que está incompleta, puede pedir que la modifiquemos.

- Debe presentar su solicitud por escrito a la Administración de la información médica usando la información de contacto que está al final de este aviso.
- En la solicitud, debe describir los motivos por los que cree que su PHI está incorrecta o incompleta.

Podríamos denegar su solicitud por una o más de estas razones:

- Si su PHI no la creamos nosotros, a menos que la persona o entidad que la haya creado ya no esté disponible para hacer la modificación;
- Si su PHI no forma parte del expediente que tiene PSH o que se tiene para PSH;
- Si su PHI no forma parte de información que usted tiene permitido revisar y obtener, o
- Si su PHI es precisa y está completa.

## SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted o que le demos información de una forma específica, como usar un teléfono o una dirección de correo postal alterna.

- Debe hacer esta solicitud por escrito en las instalaciones de PSH en las que esté, o comunicarse con la Oficina de Privacidad usando la información de contacto que está al final de este aviso.
- Nos adaptaremos a cualquier solicitud razonable que nos haga.

## PEDIR RESTRICCIONES A LA FORMA COMO USAMOS SU PHI

Tiene derecho a pedir restricciones o limitaciones sobre cómo podríamos usar o revelar su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que nos pida que no revelemos su PHI a su plan médico con respecto a atención médica que usted haya pagado a PSH por completo, según las prácticas de facturación de PSH. Debe avisar al personal de admisiones de esta solicitud cuando reciba el servicio.
- Todas las demás restricciones se deben presentar por escrito y enviar a la Oficina de Privacidad usando la información de contacto que está al final de este aviso.
- Con esa solicitud debe decir:
  - Qué información quiere limitar;
  - Si quiere que limitemos nuestro uso, revelación, o ambos y
  - A quién quiere que se apliquen los límites.

## PEDIR UN REGISTRO DE CIERTAS REVELACIONES DE SU PHI

Tiene derecho a recibir un registro de cómo PSH hizo ciertas revelaciones de su PHI. El derecho no incluye revelaciones hechas para fines de tratamiento, pago y nuestras operaciones de atención médica, ni otras excepciones limitadas.

- Debe presentar su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad usando la información de contacto que está hasta abajo en este aviso.
- Debe incluir las fechas que le gustaría que incluyera el registro. Este registro solo puede incluir revelaciones hechas durante los seis (6) años anteriores a la fecha en que presente la solicitud.
- La primera solicitud durante cualquier período de doce (12) meses calendario es gratis. Se le cobrará un cargo razonable basado en el costo por cada solicitud que presente en ese mismo período de doce (12) meses.
- Puede obtener un formulario de solicitud de registro en la Oficina de Privacidad usando la información de contacto que está al final de este Aviso.

#### ASIGNAR UN REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted le ha dado a alguien la autoridad legal para ejercer sus derechos y tomar las decisiones relacionadas con su PHI, respetaremos sus solicitudes después de que verifiquemos su autoridad.

#### PRESENTAR UNA QUEJA SI CREE QUE SE VIOLARON SUS DERECHOS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede:

- Presentar una queja ante la Oficina de Privacidad de PSH:
  - Enviando un correo electrónico a [Privacy@pennstatehealth.psu.edu](mailto:Privacy@pennstatehealth.psu.edu);
  - Llamándonos al (844) 774-8727; o
  - Escribiendo a nuestro P.O. Box 804, Mail Code: CA133 Hershey, PA 17033.
- Presente una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) visitando: [www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/](http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/)

No tomaremos represalias en contra de usted por presentar una queja.

#### LEYES ESTATALES Y FEDERALES

Usaremos y revelaremos su información médica de acuerdo con la ley federal y estatal pertinente. Cuando las leyes federales y estatales entren en conflicto, y la ley estatal proteja mejor su información o le proporcione mayores derechos, seguiremos la ley estatal. Por ejemplo, la ley de Pensilvania proporciona mayores limitaciones sobre cómo usamos o compartimos los registros relacionados con el VIH y ciertos registros obligatorios de salud mental.

#### NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Nuestras responsabilidades sobre su PHI son:

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su PHI;
- Le informaremos si ocurre alguna vulneración que comprometa la privacidad o seguridad de su PHI;
- Cumpliremos nuestras obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso;
- Le daremos una copia de este aviso y
- No usaremos ni compartiremos otra PHI que no sea la descrita en este aviso o según lo permita la ley, a menos que usted lo autorice 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)

#### MODIFICACIONES A ESTE AVISO

Revisamos nuestras prácticas de privacidad cada cierto tiempo. Por eso, nos reservamos el derecho de hacer cambios en este Aviso en cualquier momento. Cualquier cambio entrará en vigor para toda la PHI que tenga PSH, incluso si se creó o se recibió antes de esos cambios. Antes de hacer un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este Aviso y publicaremos una copia actual en nuestros centros. El Aviso incluirá la fecha de entrada en vigor.

#### RECEPCIÓN DE UNA COPIA DE ESTE AVISO

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Puede pedirla en cualquier momento. Podrá conseguir una copia de este Aviso en cualquier centro de PSH o comunicándose con la Oficina de Privacidad de PSH mediante la información de contacto que está al final de este Aviso.

También puede obtener una copia electrónica en: <http://pennstatehealth.org/privacy-legal-notice>

#### PREGUNTAS

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad mediante la información de contacto de abajo.

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

Office of Compliance and Privacy  
P.O. Box 804, Mail Code: CA133 Hershey, PA 17033  
(844) 774-8727  
[Privacy@pennstatehealth.psu.edu](mailto:Privacy@pennstatehealth.psu.edu)

Health Information Management  
P.O. Box 850, Mail Code: HU24 Hershey, PA 17033  
(833) 477-4446  
[HIMleadership@pennstatehealth.psu.edu](mailto:HIMleadership@pennstatehealth.psu.edu)

#### POR FAVOR SOLICITE UNA COPIA EN ESPAÑOL DE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD A SU REPRESENTANTE DE ADMISIONES DE PSH.

कृपया आफ्नो PSH भरना प्रतनिधिबिट यस गाँपनीयता सूचनाको नेपाली प्रतलिपि अनुरोध गर्नुहोस्।

#### VUI LÒNG YÊU CẦU BẢN SAO BẰNG TIẾNG VIỆT CỦA THÔNG BÁO QUYỀN RIÊNG TƯ NÀY TỪ ĐẠI DIỆN TUYỂN SINH PSH CỦA BẠN.

يرجى طلب نسخة من إخطار الخصوصية هذا باللغة العربية من مسؤول القبول المختص في PSH

#### TANPRI MANDE YON KOPI KREÒL AYISYEN SOU AVI KONFIDANSYALITE SA A NAN MEN REPZANTAN ADMISYON PSH OU A



**PennState Health**