

## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

### Liberty Endo LLC

Fecha de entrada en vigor: **Junio 2015**

Revisado: Enero 2019

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

**El presente Aviso será aplicable a las siguientes entidades:**

- **Liberty Endo LLC** (el "Centro")

**NOTA:** Los proveedores de atención médica independientes que le presten atención o tratamiento en el Centro (p. ej., cirujanos, anestesiólogos, radiólogos, patólogos) también cumplirán con los términos de este Aviso con respecto a su información médica protegida sobre la atención o el tratamiento que se le presta en el Centro. En consecuencia, dichos proveedores independientes pueden usar y divulgar información médica protegida sobre usted en relación con la atención o el tratamiento que se le haya prestado en el Centro para los fines descritos en este Aviso (p. ej., sus propias actividades de pago) y en la misma medida en que el Centro puede hacer tales usos o divulgaciones bajo los términos de este Aviso. Sin embargo, dichos proveedores independientes pueden tener diferentes políticas o avisos con respecto al uso y divulgación de información médica que ellos mantienen con respecto a la atención o el tratamiento que se le presta fuera del Centro. Tenga en cuenta que dichos proveedores independientes no son empleados ni agentes del Centro, pero se unen bajo este Aviso para la conveniencia de explicarle sus derechos relacionados con la privacidad de su información médica protegida en relación con la atención o el tratamiento que se le presta en el Centro.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o necesita más información, póngase en contacto con nuestro Responsable de Privacidad al [**Insertar número de teléfono del Responsable de Privacidad**]. Las solicitudes escritas deben dirigirse a:

#### **Liberty Endo LLC**

Attn: Privacy Officer  
(646) 215-2246  
156 Williams Street, 4th Fl  
NY NY 10038

#### **NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:**

La privacidad de su información médica protegida o "IMP" es importante para nosotros. Este aviso le indicará las formas en que podemos usar y divulgar su IMP. Este aviso describe sus derechos con respecto a su IMP que recopilamos y mantenemos y también describe ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su IMP.

Estamos obligados por ley a:

1. Mantener la privacidad de su IMP;
2. Darle este aviso describiendo nuestros deberes legales, prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su IMP que recopilamos y mantenemos;
3. Notificarle si descubrimos una vulneración de cualquiera de su IMP que no esté garantizada de acuerdo con las pautas federales; Y
4. Seguir los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad que está actualmente en vigor.

#### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su IMP:

1. **Derecho a Inspeccionar y Copiar:** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar todo o parte de su expediente médico o de salud, según lo dispuesto por las regulaciones federales. Puede solicitar y recibir una copia electrónica de su IMP en caso de que tengamos su IMP en un registro médico electrónico.

Para inspeccionar y copiar su IMP, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que aparece en la primera página de este aviso. Si solicita una copia de su IMP, podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos de acuerdo con la ley estatal por los gastos asociados con el cumplimiento de su solicitud. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias limitadas.

2. **Derecho a enmendar:** Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su IMP o un historial médico o de salud sobre usted si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras conservemos la información. Para solicitar una modificación, su solicitud debe hacerse por escrito, enviarse a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que aparece en la primera página de este aviso, y debe proporcionar una razón que respalde su solicitud de modificación. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias limitadas.

3. **Derecho a una Justificación para Divulgaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una lista con las justificaciones para la divulgación de su IMP que hayamos hecho, excepto por las divulgaciones hechas con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertos otros propósitos si dichas divulgaciones se hicieron a través de un registro en papel u otro registro de salud que no sea electrónico, como se establece en las regulaciones federales. Si solicita una justificación de las divulgaciones de su IMP, la justificación puede incluir divulgaciones hechas con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica en la medida en que las divulgaciones se realicen a través de un registro médico electrónico.

Para solicitar una justificación de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que aparece en la primera página de este aviso. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser superior a 6 años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de brindarle la lista. Le notificaremos el costo asociado y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier gasto.

4. **Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso y divulgación de su IMP. También tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la divulgación de su IMP a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría solicitar que restrinjamos a una enfermera especificada del uso de su IMP o que no divulguemos información a su cónyuge sobre una cirugía que tuvo.

Si usted paga por un servicio completamente de su bolsillo, puede solicitar que se retenga la información sobre el servicio y no se brinde a un tercero pagador para fines de pago u operaciones de atención médica. Estamos obligados por ley a acatar dicha restricción.

Para solicitar una restricción en el uso y divulgación de su IMP, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que aparece en la primera página de este aviso. En su solicitud, debe indicarnos qué información desea limitar y a quién desea que se apliquen las limitaciones. Le notificaremos de nuestra decisión con respecto a la restricción solicitada. Si aceptamos su restricción solicitada, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

5. **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su IMP de cierta manera o que dirijamos dichas comunicaciones a un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo a una casilla de correos.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que aparece en la primera página de este aviso. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

6. **Derecho a una copia en papel de este Aviso:** Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso en cualquier momento a petición. En el momento del primer servicio prestado, estamos obligados a proporcionarle una copia en papel de este aviso. Para obtener una copia de este Aviso en cualquier otro momento, por favor solicítelo a nuestro Responsable de Privacidad en la dirección que aparece en la primera página de este Aviso.
7. **Derecho a revocar la autorización:** Si usted ejecuta cualquier autorización para el uso y divulgación de su IMP, usted tiene el derecho de revocar dicha(s) autorización(es), excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de dicha autorización.

### **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA SIN SU AUTORIZACIÓN:**

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su IMP sin su autorización.

1. **Para el tratamiento:** Podemos usar su IMP para brindarle tratamiento o servicios de atención médica. Podemos divulgar su IMP a otros médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de salud u otro personal que esté involucrado en su cuidado. Por ejemplo, otro médico que le trate por una pierna rota puede necesitar saber si tienes diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación.
2. **Para el pago:** Podemos usar y divulgar su IMP para que el tratamiento y los servicios que reciba de nosotros podamos facturar y cobrar a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud información sobre su visita a nuestra clínica para que su plan de salud nos pague o le reembolse la consulta. También podemos informar a su plan de salud acerca de un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
3. **Para operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su IMP para operaciones de nuestra clínica. Por ejemplo, podemos usar la información de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su cuidado.
4. **Para investigación:** Podemos divulgar su IMP con fines de investigación. Solo divulgaremos su IMP con fines de investigación previa autorización expresa o si el protocolo de investigación ha sido aprobado por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su IMP.
5. **Según lo exija la ley:** Podemos divulgar su IMP cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.
6. **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** Podemos usar y divulgar su IMP cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.
7. **Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas o está separado/dado de baja de servicios militares, podemos divulgar su IMP según lo requieran las autoridades de mando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos, según sea aplicable. También podemos divulgar información médica sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.
8. **Compensación de los trabajadores:** Podemos divulgar su IMP según lo autorizado por, y en cumplimiento con, las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores y programas similares establecidos por la ley que proporcionan beneficios para enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo sin considerar responsabilidades.
9. **Actividades de salud pública:** Podemos divulgar su IMP para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
  - para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
  - para denunciar nacimientos y muertes;
  - para denunciar abuso o negligencia infantil;
  - para informar de reacciones a medicamentos o problemas con los productos;
  - para notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar utilizando;
  - para notificar a la persona u organización requerida para recibir información sobre productos regulados por la FDA; Y
  - para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
10. **Actividades de supervisión de la salud:** Podemos divulgar su IMP a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
11. **Demandas y disputas:** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su IMP en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su IMP en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
12. **Aplicación de la ley:** Podemos divulgar su IMP a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con fines de aplicación de la ley, incluyendo los siguientes:
  - al denunciar ciertas lesiones, como exige la ley, heridas de bala, quemaduras, lesiones a los autores de delitos;
  - en respuesta a una orden judicial, citación, mandato, comparecencia o proceso similar;
  - para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
  - sobre la víctima de un delito, si la víctima acepta revelar o bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona;
  - sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal;
  - sobre la conducta delictiva en nuestras instalaciones; Y
  - en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la localización del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

13. **Donación de órganos y tejidos:** Podemos divulgar su IMP a las organizaciones involucradas en la adquisición, depósito o trasplante de órganos, ojos u tejidos cadavéricos, con el fin de facilitar la donación de órganos y tejidos cuando corresponda.
14. **Abuso, negligencia y violencia doméstica:** Podemos divulgar su IMP a una autoridad gubernamental correspondiente si creemos razonablemente que usted puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.
15. **Forenses, examinadores de salud y directores funerarios:** Podemos divulgar su IMP a un médico forense o médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su IMP a los directores funerarios según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
16. **Actividades nacionales de seguridad e inteligencia:** Podemos divulgar su IMP a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley, o con el propósito de proporcionar servicios de protección al Presidente o a jefes de Estado extranjeros.
17. **Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de la ley, podemos divulgar su IMP a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esta divulgación sería necesaria (a) para que la institución le brinde atención médica; (b) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás; o (c) para la seguridad de la institución correccional.

#### **EJEMPLOS DE OTRAS DIVULGACIONES PERMISIBLES O REQUERIDAS DE SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA SIN SU AUTORIZACIÓN:**

1. **Socios comerciales:** Algunas de nuestras actividades se brindan en nuestro nombre a través de contratos con socios comerciales. Ejemplos de cuándo podemos utilizar un socio comercial incluyen la codificación y el envío de reclamaciones realizados por una empresa de facturación de terceros, las actividades de consultoría y garantía de calidad proporcionadas por un consultor externo, las auditorías de facturación y codificación realizadas por un auditor externo, y otros servicios legales y de consultoría proporcionados en respuesta a problemas de facturación y reembolso que puedan surgir eventualmente. Cuando celebramos contratos para obtener estos servicios, es posible que debamos divulgar su IMP a nuestro socio comercial para que el asociado pueda realizar el trabajo que hemos solicitado. Para proteger su IMP, sin embargo, requerimos que nuestro socio comercial proteja adecuadamente su información.
2. **Notificación:** Podemos usar o divulgar su IMP para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal, amigo personal cercano u otra persona responsable de su cuidado de su ubicación y condición general. **No divulgaremos su IMP a sus familiares, representantes personales o amigos personales cercanos como se describe en este párrafo si se opone a dicha divulgación. Por favor notifique a nuestro Responsable de Privacidad si se opone a dichas divulgaciones.**
3. **Comunicación con los miembros de la familia:** Los profesionales de la salud, incluidos los empleados por o bajo contrato con nosotros, pueden revelar a un familiar, a otro pariente, amigo personal cercano o a cualquier otra persona que identifique, información de salud relativa a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su atención, a menos que usted se oponga a la divulgación.
4. **Conducta ilegal:** La ley federal permite la liberación de su IMP a agencias de supervisión de la salud correspondientes, autoridades de salud pública o abogados, siempre que un miembro del personal de trabajo o un socio comercial crea de buena fe que hemos incurrido en conductas ilegales o violado de alguna manera las normas profesionales o clínicas y que están poniendo en peligro potencialmente a uno o más pacientes, trabajadores o el público.

#### **NO PODEMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA LOS SIGUIENTES FINES SIN SU AUTORIZACIÓN:**

1. Debemos obtener una autorización de usted para usar o divulgar notas de psicoterapia a menos que sea para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica o sea requerido por la ley, permitido por las actividades de supervisión de la salud, a un médico forense o para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad.
2. Debemos obtener una autorización para cualquier uso o divulgación de su IMP para cualquier comunicación de marketing a usted sobre un producto o servicio que le anime a usar o comprar el producto o servicio a menos que la comunicación sea (a) una comunicación cara a cara o; (b) un regalo promocional de valor nominal. Sin embargo, no necesitamos obtener una autorización de usted para proporcionar recordatorios de reposición, información sobre el curso de su tratamiento, gestión de casos o coordinación de atención, para describir los productos o servicios relacionados con la salud que brindamos, o para contactarlo/a con respecto a alternativas de tratamiento. Debemos notificarle si el marketing implica una remuneración financiera.
3. Debemos obtener una autorización para cualquier divulgación de su IMP que constituya una venta de dicha IMP.
4. **Debemos obtener una autorización para todos los demás usos y divulgaciones de su IMP no descritas en este Aviso.**  
Si nos proporciona autorización por escrito para usar o divulgar su IMP, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO:**

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y cualquier término de este Aviso. Si nuestras prácticas de privacidad cambian materialmente, revisaremos este aviso y haremos que las copias del aviso revisado estén disponibles a petición. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la IMP que ya tenemos sobre usted, así como cualquier IMP que recibamos en el futuro.

#### **PARA PRESENTAR UNA QUEJA:**

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja con nosotros, comuníquese con nuestro Responsable de Privacidad al número que aparece en la primera página de este Aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No habrá represalias en su contra por presentar una queja.**

#### **RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE ESTE AVISO:**

Le solicitaremos que firme un formulario separado que reconozca que ha recibido una copia de este aviso. Si elige o no puede firmar, un miembro del personal firmará su nombre y fecha. Este acuse de recibo se archivará con sus registros.