



# Notice of Privacy Practices

***THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.  
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.***

## **I. Who We Are:**

We are Atlantic Health System, Inc. This Notice describes the privacy practices of Atlantic Health System (its hospitals, other medical facilities and companies) and the physicians, nurses, technicians and other individuals who work at or in conjunction with Atlantic Health System ("Atlantic," "we" or "us"). Atlantic participates in an Organized Health Care Arrangement ("OHCA"). An OHCA is an arrangement or relationship that allows two or more covered entities to use and disclose "Protected Health Information" or "PHI" (as defined in Section II below). The separate covered entities and service delivery sites which comprise Atlantic's OHCA are its hospitals, clinics, physician practices, affiliated physician practices, members of Atlantic's clinically integrated network, participants in Atlantic's and its affiliates' accountable care organizations, outpatient centers, urgent care centers, walk-in clinics, imaging centers, ambulatory surgery centers, integrative medicine facilities, skilled nursing facilities, rehabilitation facilities, visiting nurses and home health associations, mobile health company, members of employers health plan consortium, and insurance companies that have chosen to participate in the OHCA. These entities may share PHI among themselves as necessary to carry out treatment, payment and health care operations relating to the OHCA and for other purposes as permitted or required by law. The entities participating in the OHCA agree to abide by the terms of this Notice with respect to PHI created or received by the entity as part of its participation in the OHCA.

## **II. Our Commitment to Your Privacy:**

We are dedicated to maintaining the privacy of your medical information. In conducting our services, we will create records regarding you and the treatment and services we provide to you (including records relating to psychiatric treatment, drug and alcohol treatment or abuse or HIV status, if any). These records are our property; however, we are required by law to maintain the privacy of individually identifiable medical and health information about you ("Protected Health Information" or "PHI") and to provide you with this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to PHI. When we use or disclose PHI, we are required to abide by the terms of this Notice (or other notice in effect at the time of the use or disclosure).

## **III. Uses and Disclosures With Your Authorization:**

**A. Use or Disclosure with Your Authorization.** We may use or disclose PHI only when (1) you give us your written authorization on a form ("Your Authorization") that complies

with the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA"), including for certain marketing activities, sale of health information, and (with some exceptions) the disclosure of psychotherapy notes about you, or (2) there is an exception to the authorization requirement as described in Section IV. Further, except to the extent that we have taken action in reliance upon it, you may revoke Your Authorization by delivering a written revocation statement to the Privacy Officer identified in Section VII.

**B. Genetic Information.** Except in certain cases (such as a paternity test for a court proceeding, anonymous research, newborn screening requirements or pursuant to a court order), we will obtain Your Authorization prior to obtaining or retaining your genetic information (for example, your DNA sample). We may use or disclose your genetic information for any reason only when Your Authorization expressly refers to your genetic information or when disclosure is permitted under New Jersey State law (including, for example, when disclosure is necessary for the purposes of a criminal investigation, to determine paternity, newborn screening, identifying your body or as otherwise authorized by a court order).

**C. Information about AIDS or HIV and Certain Venereal Diseases.** If PHI contains AIDS or HIV related information or information concerning certain venereal diseases, that information is confidential and generally will not be disclosed without Your Authorization expressly releasing such information. However, such information may be released without Your Authorization to medical personnel directly involved in your medical treatment or as required by law to relevant oversight agencies such as the New Jersey Department of Health. If you are deemed to lack decision-making capacity, we may release such information (only if necessary and unless you request otherwise) to the person responsible for making health care decisions on your behalf (spouse, primary caretaking partner, an appropriate family member, etc.). Under certain circumstances, such information may also be released without Your Authorization for scientific research, certain audit and management functions, and as may otherwise be allowed or required by law or court order.

**D. Alcohol or Drug Abuse Programs.** If PHI contains information related to diagnosis or treatment provided in an alcohol or drug abuse program, that information is confidential and will not be disclosed without Your Authorization expressly releasing alcohol or drug abuse diagnosis or treatment related information except in accordance with applicable law, including federal regulations regarding the confidentiality of alcohol and drug patient records.

**E. Reproductive Health Care Services.** With regard to PHI concerning your reproductive health care services, which includes all medical, surgical, counseling, or referral services related to pregnancy, contraception, or termination of a pregnancy, except as provided below, we will not disclose that PHI in any civil action or proceeding preliminary thereto (including an investigation for a state or federal agency) or in any probate, legislative, or administrative proceeding, if you provide a written request to us for such PHI to not be so disclosed. We may, however, provide PHI related to your reproductive health care services regardless of Your Authorization in civil actions, investigations, or other proceedings as follows:

- If required by state or court rule;
- To our attorneys, professional liability insurers or their agents, if a claim is filed against us or there is a reasonable belief of such a claim, in order to defend ourselves against such claim;
- If requested by the New Jersey Commissioner of Health, Human Services, or Banking and Insurance, or any professional licensing board in connection with an investigation of a complaint; or
- If related to suspected child abuse, elder abuse, abuse of an incapacitated person, or abuse of an individual with a disability.

In all other situations, we will follow our privacy practices regarding the disclosure of PHI as set forth herein. For example, without Your Authorization, we may share your PHI with other medical professionals who are treating you (as described further in Section IV(A) below).

#### **IV. Uses and Disclosures Without Your Authorization:**

**A. Use and/or Disclosure for Treatment, Payment and Health Care Operations.** Except as noted in Sections III B, C, and D, we may use and/or disclose PHI without Your Authorization for treatment provided to you, obtaining payment for services provided to you and for health care operations (e.g., internal administration, quality improvement, customer service, etc.) as detailed below:

- **Treatment.** We use and disclose your PHI to provide treatment and other services to you - for example, a doctor treating your injury or illness may allow another doctor to review your PHI for assessment of your overall health condition. We may also disclose your PHI to a health care provider outside of Atlantic or receive your PHI from a health care provider outside of Atlantic for that health care provider's and/or our treatment activities.

In addition, unless you opt out (e.g., disagree or object) as described in Section V, any authorized health care provider who agrees to participate in a Health Information Exchange ("HIE"), can also electronically access and use your PHI to provide treatment to you. If you opt out of each HIE as described in Section V, your PHI will not be shared electronically through the HIE network; however, it will not impact how your information is otherwise typically accessed, used and released in accordance with this Notice and the law.

- **Payment.** We may use and disclose your PHI to obtain payment for services that we provide to you - for example, we may disclose your PHI to claim

and obtain payment from your health insurer, HMO, or other company that arranges or pays the cost of some or all of your health care ("Your Payor") and to verify that Your Payor will pay for your health care. We may also disclose your PHI to another health care provider or covered entity for the payment activities of that health care provider or covered entity.

- **Health Care Operations.** We may use and disclose your PHI for our health care operations, which include internal administration and planning and various activities that improve the quality and cost effectiveness of the care that we deliver to you (including operating and troubleshooting our health information technology). For example, we may use your PHI to evaluate the quality and competence of our physicians, nurses and other health care workers. In addition, we may disclose your PHI to external licensing or accrediting bodies for purposes of hospital licensure and review. We may disclose your PHI to our patient representatives in order to resolve any complaints you may have and ensure that you have a comfortable visit with us. In some cases, we may use or disclose your PHI to arrange for or conduct legal services that relate to our health care provider functions. Under certain circumstances, we may disclose your PHI to another health care provider for the health care operations of that health care provider if they either have treated or examined you and your PHI pertains to that treatment or examination.

**B. Use or Disclosure for Directory of Individuals in Atlantic's Facilities.** Unless you opt out (e.g., disagree or object), we may include your name, location in Atlantic's facility, general health condition and religious affiliation in a patient directory. Information in the directory may be disclosed to anyone who asks for you by name or members of the clergy (provided, however, that religious affiliation will only be disclosed to members of the clergy). You may opt out of the directory by notifying our Privacy Officer. If you opt out, we cannot tell members of the public or your family and friends that you are admitted to the hospital. Please think carefully about the consequences of the decision to opt out.

**C. Disclosure to Relatives and Close Friends.** We may disclose your PHI to a family member, other relative, a close personal friend or any other person identified by you when you are present for, or otherwise available prior to, the disclosure, if we: (1) obtain your agreement; (2) provide you with the opportunity to object to the disclosure and you do not object; or (3) reasonably infer that you do not object to the disclosure. If you are not present, or the opportunity to agree or object to a use or disclosure cannot practicably be provided because of your incapacity or an emergency circumstance, we may exercise our professional judgment to determine whether a disclosure is in your best interest. If we disclose information to a family member, other relative, a close personal friend or other person identified by you, we would disclose only information that is directly relevant to the person's involvement with your health care, payment related to your health care or needed for notification purposes.

**D. Fundraising Communications.** We may contact you to request a tax-deductible contribution to support fundraising activities of Atlantic. In connection with any fundraising without Your Authorization, we may disclose to our related foundation/fundraising staff the following information about you: demographics (e.g., your name, address, other contact

information, age, gender and date of birth), dates on which we provided health care to you, department of service information, treating physician, outcome information and health insurance status. In each fundraising communication you receive from us, you will be provided with information on how to opt out of receiving further fundraising communications from us if you so choose.

**E. Public Health Activities.** We may disclose PHI for public health activities and purposes, including, without limitation: (1) to report health information, including but not limited to information concerning disease, injury and vital events such as birth or death, to public health authorities for the purpose of preventing or controlling disease, injury or disability; (2) to report child abuse and neglect to public health authorities or other government authorities authorized by law to receive such reports; (3) to report information about products under the jurisdiction of the U.S. Food and Drug Administration; (4) to alert a person who may have been exposed to a communicable disease or may otherwise be at risk of contracting or spreading a disease or condition; (5) to report information to your employer as required under laws addressing work-related illnesses and injuries or workplace medical surveillance; and (6) to report your immunization status to your school if your school is required to have proof of your immunization and you or your parent or guardian agrees to the disclosure.

**F. Health Oversight Activities.** We may disclose your PHI to a health oversight agency that oversees the health care system and ensures compliance with the rules of government health programs such as Medicare or Medicaid.

**G. Judicial and Administrative Proceedings.** We may disclose your PHI in the course of a judicial or administrative proceeding in response to a legal order or other lawful process.

**H. Law Enforcement Officials.** We may disclose your PHI to the police or other law enforcement officials, including as required by law; in compliance with a court order; in response to a request for information about a victim of a crime, suspect, fugitive, witness, or missing person; to report evidence of criminal conduct on Atlantic's premises; to report a death that Atlantic suspects may have resulted from criminal conduct; or to report a crime in an emergency situation.

**I. Decedents.** We may disclose your PHI to a coroner or medical examiner as authorized by law. We may also release medical information about patients at Atlantic to a funeral director as necessary to carry out his or her duties.

**J. Organ and Tissue Procurement.** We may disclose your PHI to organizations engaged in organ, eye or tissue procurement, banking or transplantation for the purpose of facilitating organ, eye or tissue donation and transplantation.

**K. Research.** We may use or disclose your PHI without your consent or authorization for research where permitted by law.

**L. Health or Safety.** We may use or disclose your PHI to prevent or lessen a serious and imminent threat to a person's or the public's health or safety.

**M. Specialized Government Functions.** We may use or disclose your PHI for certain government functions as permitted by law, including as required by military command authorities if you are a member of the armed forces, and to

authorized federal officials for certain national security and intelligence activities and for presidential protection.

**N. Workers' Compensation.** We may disclose your PHI as authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to workers' compensation or other similar programs.

**O. Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence.**

If we reasonably believe that you are a victim of abuse, neglect or domestic violence, we may disclose your PHI to a government authority, including social service or protective services agencies, authorized by law to receive reports of such abuse, neglect or domestic violence. We will inform you if any such disclosure has been made except in cases where, in the exercise of our professional judgment, informing you would place you at risk of serious harm or would not be in your best interests.

**P. Inmates.** If you are an inmate of a correctional institution or in the custody of a law enforcement official, we may disclose your PHI to the correctional institution or law enforcement official, provided that such disclosure is necessary:

- for the provision of health care to you,
- to protect your health and safety or the health and safety of other inmates, or
- for the safety and security of the correctional institution

**Q. Health Information Exchange ("HIE").** Atlantic and other health care providers participate in certain HIEs as Atlantic and such other health care providers may determine from time to time. These HIEs allow patient information to be shared electronically through a secured connected network. HIEs give your health care providers who participate in the HIE networks immediate electronic access to your pertinent medical information for treatment, payment and certain health care operations. If you do not opt out of a HIE, your information will be available through such HIE network to your authorized participating providers in accordance with this Notice and the law. If you opt out of a HIE (as described in Section V), this will prevent your information from being shared electronically through the HIE network; however, it will not impact how your information is otherwise typically accessed, used and released in accordance with this Notice and the law.

Any exception that denies an individual from opting out of having their information transmitted through the HIE shall be in accordance with applicable federal and state law.

**R. As Required by Law.** We may use and disclose your PHI when required to do so by any other law or regulation not already referenced above.

**S. Incidental Disclosures.** We may disclose your PHI incident to a use or disclosure that is otherwise permitted as described in this Notice. For example, if one of our physicians discloses your PHI in confidential conversation with you for treatment purposes, another provider or a patient may overhear the conversation. Atlantic has implemented reasonable safeguards as well as policies and procedures regarding minimum necessary use and disclosure of PHI in an effort to minimize such incidental disclosures and protect your privacy.

## V. Your Individual Rights:

**A. For Further Information, Complaints.** If you desire further information about your privacy rights, are concerned that we have violated your privacy rights, or disagree with a decision that we made about access to your PHI, you may contact our Privacy Officer. You may also file written complaints with the Director, Office of Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services. Upon request, the Privacy Officer will provide you with the correct address for the Director. We will not retaliate against you if you file a complaint with us or the Director.

**B. Right to Request Additional Restrictions.** You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to grant your request, and we may deny your request if it would affect your care. However, if you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer and in those circumstances, we will not share your information per your request unless a law requires us to share that information. If you wish to request additional restrictions, please obtain a request form from, and submit the completed form to, our Privacy Officer. We will send you a written response.

**C. Right to Receive Confidential Communications.** You may request that we communicate with you about your PHI by alternative means or at alternative locations. To make such a request, you must submit your request in writing to our Privacy Officer.

**D. Right to Inspect and Copy Your Health Information.** You may request access to your medical record file and billing records maintained by us in order to inspect and request copies of the records. Under limited circumstances, we may deny you access to a portion of your records and in such case, we will inform you of the specific basis for the denial and will explain your rights. If you desire access to your records, please obtain a record request form from, and submit the completed form to, our Privacy Officer.

You should take note that, if you are a parent or legal guardian of a minor, certain portions of the minor's medical record will not be accessible to you in accordance with applicable law (for example, records relating to pregnancy, abortion, sexually transmitted disease, substance use and abuse, contraception and/or family planning services).

**E. Right to Amend Your Records.** You have the right to request that we amend PHI maintained in your medical record file or billing records. If you desire to amend your records, please obtain an amendment request form from, and submit the completed form to, our Privacy Officer. In some cases, we have the right to deny your request for amendment. If we deny your request for an amendment, we will provide you with a written explanation of why we denied the request and will explain your rights.

**F. Right to Receive an Accounting of Disclosures.** Upon request, you may obtain an accounting of certain disclosures of PHI made by us during any period of time prior to the date of your request, in accordance with applicable laws and regulations, provided such period does not exceed six years and does not apply to disclosures that occurred prior to April 14, 2003. If you request an accounting more than once during a twelve (12) month period, we may charge you the cost of providing the accounting statement. To request an accounting

of disclosures, please obtain a form from, and submit the completed form to, our Privacy Officer.

**G. Right to Receive Notice of a Breach.** You have a right to be notified by us if you have been affected by a breach of unsecured PHI and we are required by law to provide you with such notice.

**H. Right to Receive Paper Copy of this Notice.** Upon request, you may obtain a paper copy of this Notice, even if you agreed to receive such Notice electronically. You can also access this Notice on our website at: [www.atlantichealth.org](http://www.atlantichealth.org).

**I. Right to Opt Out of HIEs.** We may participate in certain HIEs, whereby we may disclose your health information, as permitted by law, to other health care providers or entities that participate in the HIE for treatment, payment, or health care operations. Other participating health care providers, such as physicians, hospitals and other health care facilities, may also have access to your information in the HIE for similar purposes to the extent permitted by law. If you do not wish to allow otherwise authorized physicians, nurses, clinicians and other healthcare providers involved in your care to electronically share your PHI with each other through an HIE, you have the right to opt out of the HIE. To exercise this opt out right, please contact our Privacy Officer.

## VI. Effective Date and Duration of This Notice:

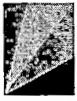
**A. Effective Date:** This Notice is effective as of April 13, 2003.  
**Revision Dates:** October 1, 2011, June 1, 2012, June 7, 2013, July 15, 2014, April 1, 2017, December 1, 2019, December 1, 2022, February 1, 2023, November 1, 2023.

**B. Right to Change Terms of this Notice.** We may change the terms of this Notice at any time. If we change this Notice, we may make the new Notice terms effective for all PHI that we maintain, including any information created or received prior to issuing the new Notice. If we change this Notice, we will post the new Notice in waiting areas around Atlantic and on our Internet site at [www.atlantichealth.org](http://www.atlantichealth.org). You also may obtain any new Notice by contacting our Privacy Officer.

## VII. Privacy Officer:

You may contact the Privacy Officer at:

Chief Compliance Officer, Privacy Officer  
Atlantic Health System, Inc.  
465 South Street  
Morristown, New Jersey 07962  
Telephone Number: (973) 660-3143  
E-mail: [compliance@atlantichealth.org](mailto:compliance@atlantichealth.org)



# Aviso de prácticas de privacidad

## Notice of Privacy Practices

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

**REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

### I. Quiénes somos:

Somos Atlantic Health System, Inc. En este aviso se describen las prácticas de privacidad de Atlantic Health System (sus hospitales, otros centros médicos y empresas) y los médicos, enfermeros, técnicos y otras personas que trabajan en Atlantic Health System o en colaboración con Atlantic Health System ("Atlantic", "nosotros" o "nuestros"). Atlantic participa en un Acuerdo para la Atención Médica Organizada (OHCA, por sus siglas en inglés). Un OHCA es un acuerdo o relación que permite que dos o más entidades cubiertas usen y divulguen "Información de salud protegida" o "PHI, por sus siglas en inglés" (como se define en la Sección II a continuación). Las entidades cubiertas independientes y los centros de prestación de servicios que constituyen el OHCA de Atlantic son sus hospitales, clínicas, médicos en ejercicio, médicos afiliados en ejercicio, miembros de la red de salud integrada de Atlantic, participantes de Atlantic y sus organizaciones afiliadas responsables del cuidado de la salud, centros para pacientes ambulatorios, centros de atención médica de urgencia, clínicas de atención directa, centros de imagenología, centros quirúrgicos ambulatorios, instalaciones médicas integradas, instalaciones de enfermería especializada, instalaciones de rehabilitación, enfermeros domiciliarios y asociaciones de atención médica en el hogar, empresas de salud móvil, miembros del plan de salud del consorcio de empleadores y compañías aseguradoras que eligieron participar en el OHCA. Estas entidades pueden compartir la PHI entre ellos según sea necesario para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica relacionados con el OHCA y para otros objetivos según lo permita o requiera la ley. Las entidades que participan en el OHCA aceptan cumplir con los términos de este Aviso con respecto a la PHI creada o recibida por la entidad como parte de su participación en el OHCA.

### II. Nuestro compromiso con su privacidad:

Nos esforzamos por mantener la privacidad de su información médica. Al prestar nuestros servicios, creamos registros sobre usted y los tratamientos y servicios que le brindamos (incluso registros relacionados con tratamientos psiquiátricos, tratamientos por problemas con el alcohol y las drogas o por el abuso de estas sustancias, o tratamientos por infección de VIH, si es necesario). Estos registros son de nuestra propiedad; sin embargo, estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica y de salud individual identificable sobre usted ("Información de salud protegida" o "PHI") y que le enviemos este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Cuando usamos o divulgamos la PHI, debemos cumplir con los términos de este Aviso (u otro aviso vigente al momento del uso o la divulgación).

### III. Uso y divulgaciones con su autorización:

**A. Uso o divulgación con su autorización.** Es posible que usemos y divulguemos la PHI solo cuando (1) usted nos autorice por

escrito mediante un formulario ("su autorización") que cumple con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), incluso para determinadas actividades de comercialización, venta de información de salud y, con algunas excepciones, la divulgación de notas de psicoterapia sobre usted o (2) haya una excepción en el requisito de autorización como se describe en la Sección IV. Además, excepto en la medida en que hayamos tomado medidas basándonos en ella, puede revocar su autorización entregando una declaración de revocación por escrito al Oficial de Privacidad identificado en la Sección VII.

**B. Información genética.** Salvo en algunos casos (como una prueba de paternidad para un proceso judicial, investigación anónima, requisitos de evaluación de recién nacidos o conforme a una orden judicial), le pediremos su autorización antes de obtener o conservar su información genética (por ejemplo, su muestra de ADN). Es posible que usemos o divulguemos su información genética por cualquier motivo solo cuando su autorización haga referencia expresa a su información genética o cuando la divulgación esté permitida por la ley de Nueva Jersey (incluso, por ejemplo, cuando la divulgación es necesaria para una investigación criminal, determinar la paternidad, evaluar a recién nacidos, identificar su cuerpo o lo que se autorice mediante una orden judicial).

**C. Información sobre el sida o el VIH y determinadas enfermedades venéreas.** Si la PHI contiene información sobre el sida o el VIH, o información sobre determinadas enfermedades venéreas, esa información es confidencial y, en general, no se divulgará sin su autorización expresa para divulgar dicha información. Sin embargo, es posible que dicha información se divulgue sin su autorización al personal médico involucrado directamente en el tratamiento médico o, según lo requiera la ley, a agencias de supervisión relevantes, como el Departamento de Salud de Nueva Jersey. Si se considera que usted no es capaz de tomar decisiones, es posible que divulguemos dicha información (solo si es necesario y a menos que usted solicite lo contrario) a la persona responsable de tomar decisiones en su nombre con respecto a la atención médica (cónyuge, compañero de cuidados primarios, un integrante de su familia correspondiente, etc.). En determinadas circunstancias, es posible que dicha información se difunda sin su autorización para investigaciones científicas, determinadas funciones de auditorías y gestión, y según lo permita o requiera la ley o una orden judicial.

**D. Programas de tratamiento para el abuso de drogas o alcohol.** Si la PHI contiene información sobre el diagnóstico o el tratamiento proporcionado en un programa de tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, dicha información es confidencial y no se divulgará sin su autorización expresa para la divulgación del diagnóstico o tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, excepto conforme a la legislación vigente, incluidas regulaciones federales sobre la confidencialidad de los registros del paciente con problemas de drogas y alcohol.

**E. Servicios de atención de la salud reproductiva.** Con respecto a la PHI relacionada con sus servicios de atención de la salud reproductiva, que incluye todos los servicios médicos, quirúrgicos, de asesoramiento o de remisión relacionados con el embarazo, la anticoncepción o la interrupción del embarazo, excepto según lo dispuesto a continuación, no divulgaremos esa PHI en ninguna acción civil o procedimiento preliminar a la misma (incluida una investigación para una agencia estatal o federal) ni en ningún procedimiento de legitimación, legislativo o administrativo, si nos proporciona una solicitud por escrito para que dicha PHI no se divulgue. Sin embargo, podemos proporcionar PHI relacionada con sus servicios de atención de la salud reproductiva independientemente de Su Autorización en acciones civiles, investigaciones u otros procedimientos de la siguiente manera:

- ☐ Si lo requiere el estado o la norma judicial;
- ☐ A nuestros abogados, aseguradores de responsabilidad profesional o sus agentes, si se presenta un reclamo en nuestra contra o existe una creencia razonable de tal reclamo, para defendernos de dicho reclamo;
- ☐ Si lo solicita el Comisionado de Salud, Servicios Humanos o Banca y Seguros de Nueva Jersey, o cualquier junta de licencias profesionales en relación con una investigación de una queja; o
- ☐ Si se relaciona con sospecha de abuso infantil, abuso de ancianos, abuso de una persona incapacitada o abuso de una persona con discapacidad.

En todas las demás situaciones, seguiremos nuestras prácticas de privacidad con respecto a la divulgación de PHI como se establece en este documento. Por ejemplo, sin Su Autorización, podemos compartir su PHI con otros profesionales médicos que lo están tratando (como se describe en mayor detalle en la Sección IV(A) a continuación).

#### IV. Uso y divulgaciones sin su autorización:

**A. Uso y/o divulgación para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.** Salvo según lo señalado en las Secciones III B, C y D, es posible que usemos y/o divulguemos la PHI sin su autorización para proporcionarle tratamiento, obtener el pago de servicios prestados y para operaciones de atención médica (p. ej., administración interna, mejora de la calidad, servicio de atención al cliente, etc.) como se detalla a continuación:

- ☐ **Tratamiento.** Usamos y divulgamos su PHI para proporcionarle tratamiento y otros servicios, por ejemplo, un médico que le está tratando una lesión o enfermedad puede permitir que otro médico revise su PHI para evaluar su estado de salud general. También es posible que divulguemos su PHI a un proveedor de atención médica fuera de Atlantic o que recibamos su PHI de un proveedor de atención médica fuera de Atlantic para que ese proveedor o nosotros podamos tratarlo.

Además, a menos que decida excluirse (p. ej., no está de acuerdo o se opone) como se describe en la Sección V, todo proveedor de atención médica autorizado que acepte participar en un intercambio de información de salud ("HIE, por sus siglas en inglés"), también puede tener acceso de manera electrónica a su PHI y usarla para proporcionarle tratamiento. Si decide excluirse de cada HIE como se describe en la Sección V, su PHI no se compartirá de manera electrónica a través de la red de HIE; sin embargo, esto no afectará la forma en la que generalmente se accede a su información y se la usa y divulga conforme a este Aviso y la ley.

- ☐ **Pago.** Es posible que usemos y divulguemos su PHI para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, es posible que divulguemos su PHI para solicitar y obtener un pago

de su aseguradora de salud, organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) u otra compañía que organiza o realiza los pagos de los costos de algunos o de todos sus servicios de atención médica ("su pagador"), y para verificar que su pagador pagará la atención médica. Es posible que también divulguemos su PHI a otro proveedor de atención médica o entidad cubierta para las actividades de pago de dicho proveedor de atención médica o entidad cubierta.

- ☐ **Operaciones de atención médica.** Es posible que usemos o divulguemos su PHI para nuestras operaciones de atención médica, que incluyen administración interna y planificación, y determinadas actividades que mejoran la calidad y rentabilidad de la atención que le proveemos (incluidas las operaciones y la resolución de problemas con nuestra tecnología de información de la salud). Por ejemplo, es posible que usemos su PHI para evaluar la calidad y competencia de nuestros médicos, enfermeros y demás personal sanitario. Además, es posible que divulguemos su PHI a organismos externos de autorización o acreditación para la certificación y evaluación del hospital. Es posible que divulguemos su PHI a nuestros representantes de pacientes para solucionar cualquier queja que pueda tener y asegurar que su visita sea cómoda. En algunos casos, es posible que usemos o divulguemos su PHI para organizar o prestar servicios legales que se relacionen con nuestras funciones como proveedor de atención médica. En determinadas circunstancias, es posible que divulguemos su PHI a otro proveedor de atención médica para las operaciones de atención médica de dicho proveedor, ya sea que lo hayan tratado o examinado y su PHI corresponde a dicho tratamiento o examen.

**B. Uso o divulgación para el directorio de personas en las instalaciones de Atlantic.** A menos que decida excluirse (p. ej., no está de acuerdo o se opone), es posible que incluyamos su nombre, ubicación en la instalación de Atlantic, estado de salud general y afiliación religiosa en un directorio de pacientes. La información en el directorio puede divulgarse a cualquier persona que pregunte por usted por su nombre o miembros del clero (siempre que, sin embargo, la afiliación religiosa solo se divulgue a los miembros del clero). Puede elegir excluirse del directorio notificándole a nuestro Oficial de Privacidad. Si decide excluirse, no podremos comunicarle a los miembros del público ni a su familia o amigos que usted ingresó al hospital. Analice detenidamente las consecuencias de excluirse.

**C. Divulgación a familiares y amigos cercanos.** Es posible que divulguemos su PHI a un integrante de su familia, otro familiar, un amigo cercano o cualquier persona que usted identifique cuando usted esté presente en la divulgación o antes si nosotros: (1) obtenemos su consentimiento; (2) le damos la oportunidad de objetar la divulgación y no objeta; o (3) deducimos de manera razonable que no objeta la divulgación. Si no está presente, o la oportunidad de aceptar u objetar un uso o divulgación no se puede brindar debido a su incapacidad o una circunstancia de emergencia, podemos ejercer nuestro criterio profesional para determinar si una divulgación es lo mejor para usted. Si decidimos divulgar información a un integrante de su familia, otro familiar, un amigo cercano u otra persona que usted identifique, divulgaremos información que solo sea directamente relevante para la persona involucrada en su atención médica, para el pago de costos relacionados con su atención médica o que sea necesaria para realizar notificaciones.

**D. Comunicaciones para la recaudación de fondos.** Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle una contribución deducible de impuestos para apoyar las actividades de recaudación de fondos de Atlantic. En relación con cualquier recaudación de fondos sin su autorización, es posible que divulguemos la siguiente información a nuestra fundación

o al personal encargado de la recaudación de fondos: sus características demográficas (p. ej., su nombre y dirección, otra información de contacto, edad, género y fecha de nacimiento), fechas en las que le proporcionamos atención médica, información del departamento de servicios, médico tratante, información de los resultados y estado del seguro de salud. En cada comunicación para la recaudación de fondos que recibe de nosotros, le proporcionaremos información sobre cómo dejar de recibir comunicaciones para la recaudación de fondos si así lo desea.

**E. Actividades de salud pública.** Es posible que divulguemos su PHI para actividades y fines de salud pública, incluidos, entre otros: (1) para comunicar información de salud que incluye, entre otros, información relacionada con enfermedades, lesiones y eventos importantes, como nacimientos o muertes, a autoridades de la salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) para informar abuso y negligencia infantil a las autoridades de salud pública u otras autoridades gubernamentales autorizadas por la ley para recibir dichos informes; (3) para comunicar información sobre productos bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.; (4) para alertar a una persona que posiblemente haya estado expuesta a una enfermedad transmisible o que podría estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; (5) para comunicar información a su empleador según lo requieren las leyes sobre enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o sobre supervisión médica en el lugar de trabajo, y (6) informar el registro de su vacunación a su escuela si a esta le solicitan tener prueba de sus vacunas y usted o su padre, madre o tutor legal aceptan divulgar la información.

**F. Actividades de supervisión de la salud.** Es posible que divulguemos su PHI a una agencia de supervisión de la salud que supervise el sistema de atención médica y asegure el cumplimiento de las reglas de los programas de salud gubernamentales, como Medicare o Medicaid.

**G. Procedimientos administrativos y judiciales.** Es posible que divulguemos su PHI durante un procedimiento administrativo o judicial en respuesta a una orden legal u otro proceso legal.

**H. Personal de las fuerzas de seguridad.** Es posible que divulguemos su PHI a la policía u otro organismo de las fuerzas de seguridad, incluso según lo requiera la ley; conforme a una orden judicial; en respuesta a una solicitud de información sobre una víctima de un crimen, sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; para proporcionar evidencia de una conducta criminal en las instalaciones de Atlantic; para informar una muerte que Atlantic sospecha fue producto de una conducta criminal; o para informar un crimen en una situación de emergencia.

**I. Decesos.** Es posible que divulguemos su PHI a un forense o examinador médico según lo autorice la ley. También es posible que divulguemos información médica a una funeraria acerca de los pacientes que se encuentran en Atlantic, según sea necesario para cumplir con las obligaciones pertinentes.

**J. Obtención de órganos y tejidos.** Es posible que divulguemos su PHI a organizaciones involucradas con la obtención de órganos, ojos o tejidos, o con el almacenamiento y trasplante de órganos a fin de facilitar la donación y el trasplante de tejidos, ojos u órganos.

**K. Investigación.** Es posible que usemos o divulguemos su PHI sin su consentimiento o autorización para realizar una investigación según lo permita la ley.

**L. Salud o seguridad.** Es posible que usemos o divulguemos su PHI para prevenir o reducir una amenaza inminente y grave a la salud y seguridad de una persona o del público en general.

**M. Funciones gubernamentales especializadas.** Es posible que usemos o divulguemos su PHI para determinadas

funciones gubernamentales permitidas por ley, incluso según lo requerido por autoridades militares si usted es miembro de las fuerzas armadas, y a oficiales federales autorizados para que realicen determinadas actividades de inteligencia y seguridad nacional, y para la protección presidencial.

**N. Indemnización laboral.** Es posible que divulguemos su PHI según lo autorizado y en la medida en que sea necesario para cumplir con las leyes sobre la indemnización laboral u otros programas similares.

**O. Víctimas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar.** Si consideramos de manera razonable que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar, es posible que divulguemos su PHI a una autoridad gubernamental, incluso a servicios sociales o agencias de protección social, autorizada por ley a recibir informes de dicho abuso, negligencia o violencia intrafamiliar. Le informaremos si se realizó alguna de dichas divulgaciones, excepto en los casos en que, en el ejercicio de nuestro criterio profesional, informarle representaría un riesgo de daño grave o no sería lo mejor para usted.

**P. Reclusos.** Si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia del personal de las fuerzas de seguridad, es posible que divulguemos su PHI a la institución correccional o al personal de las fuerzas de seguridad, siempre y cuando dicha divulgación sea necesaria:

- para la prestación de atención médica,
- para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros reclusos, o
- para la seguridad de la institución correccional

**Q. Intercambio de información de salud ("HIE").** Atlantic y otros proveedores de atención médica participan en ciertos HIE según lo determinen Atlantic y otros proveedores de atención médica de vez en cuando. Estos HIE permiten que la información del paciente se comparta de manera electrónica mediante una red conectada de manera segura. Los HIE brindan a sus proveedores de atención médica que participan en las redes de HIE acceso electrónico inmediato a su información médica pertinente para el tratamiento, el pago y determinadas operaciones de atención médica. Si decide participar de un HIE, su información estará disponible mediante dicha red de HIE para sus proveedores participantes autorizados conforme a este Aviso y a la ley. Si decide excluirse de un HIE (como se describe en la Sección V), esto impedirá que se comparta su información electrónicamente mediante la red de HIE; sin embargo, no afectará la forma en que se accede, usa y divulga generalmente su información conforme a este Aviso y la ley.

Cualquier excepción que le niegue a un individuo la posibilidad de no aceptar que su información se transmita a través del HIE deberá ajustarse a las leyes federales y estatales vigentes.

**R. Según lo requerido por la ley.** Es posible que usemos y divulguemos su PHI cuando así lo exija cualquier otra ley o regulación a la que no se haya hecho referencia anteriormente.

**S. Divulgaciones incidentales.** Es posible se divulgue su PHI de manera incidental a los usos o las divulgaciones permitidos descritos en este Aviso. Por ejemplo, si uno de nuestros médicos le divulga su PHI en una conversación confidencial por cuestiones relacionadas con su tratamiento, otro proveedor o un paciente puede escuchar la conversación. Atlantic ha implementado medidas de seguridad, políticas y procedimientos razonables sobre el uso y la divulgación mínimos y necesarios de la PHI en un esfuerzo por minimizar dichas divulgaciones incidentales y proteger su privacidad.

## V. Sus derechos individuales:

**A. Para obtener más información o realizar quejas.** Si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre el acceso a su PHI, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad. También puede presentar quejas por escrito ante el director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Si lo solicita, el Oficial de Privacidad le proporcionará la dirección correcta del director. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja contra nosotros o el director.

**B. Derecho a solicitar restricciones adicionales.** Usted puede solicitar que no usemos ni compartamos determinada información de salud para tratamiento, pago ni otras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si afectara su atención médica. Sin embargo, si usted paga de su bolsillo un servicio o artículo de atención médica en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información para el pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud y, en esas circunstancias, no compartiremos su información según su solicitud a menos que la ley lo requiera. Si desea solicitar restricciones adicionales, pídale un formulario de solicitud a nuestro Oficial de Privacidad y devuélvaselo completo. Le enviaremos una respuesta por escrito.

**C. Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.** Puede solicitar que nos comuniquemos con usted para informarle sobre su PHI por medios o ubicaciones alternativos. Para realizar dicha solicitud, debe presentarla por escrito ante el Oficial de Privacidad.

**D. Derecho a revisar y obtener una copia de su información de salud.** Puede solicitar acceso a su registro médico y los registros de facturación que mantenemos para examinar y solicitar copias de los registros. En circunstancias limitadas, es posible que rechacemos el acceso a parte de sus registros y, en dicho caso, le informaremos los motivos específicos del rechazo y le explicaremos sus derechos. Si desea acceder a sus registros, pídale un formulario de solicitud de registros a nuestro Oficial de Privacidad y devuélvaselo completo.

Debe tener en cuenta que, si es padre, madre o tutor legal de un menor, ciertas partes de los registros médicos del menor no estarán disponibles conforme a la ley vigente (por ejemplo, expedientes sobre embarazos, abortos provocados, enfermedades de transmisión sexual, uso y abuso de sustancias, anticoncepción y/o servicios de planificación familiar).

**E. Derecho a enmendar sus registros.** Tiene derecho a solicitar que enmendemos la PHI que mantenemos en su registro médico o en los registros de facturación. Si desea enmendar sus registros, pídale un formulario de solicitud de enmiendas a nuestro Oficial de Privacidad y devuélvaselo completo. En algunos casos, tenemos derecho a rechazar su solicitud para una enmienda. Si rechazamos su solicitud para una enmienda, le proporcionaremos una explicación por escrito de las razones por las cuales rechazamos la solicitud y le explicaremos sus derechos.

**F. Derecho a recibir un informe de las divulgaciones.** Si lo solicita, puede obtener un informe de determinadas divulgaciones de PHI que hicimos durante cualquier periodo antes de la fecha de su solicitud conforme a las leyes y regulaciones vigentes, siempre y cuando dicho periodo no exceda los seis años y no aplique a divulgaciones que se realizaron antes del 14 de abril de 2003. Si solicita un informe más de una vez durante un periodo de doce (12) meses, es probable que le cobremos el costo del informe. Si desea

solicitar un informe de divulgaciones, pídale un formulario a nuestro Oficial de Privacidad y devuélvaselo completo.

**G. Derecho a recibir un aviso de incumplimiento.** Tiene derecho a que le notifiquemos si usted se vio afectado por una falla en la seguridad de la PHI y la ley requiere que se lo comuniquemos.

**H. Derecho a recibir una copia por escrito de este aviso.** Si lo solicita, puede obtener una copia de este Aviso por escrito, incluso si acepta recibir dicho Aviso de manera electrónica. También puede acceder a este Aviso en nuestro sitio web: [www.atlantichealth.org](http://www.atlantichealth.org).

**I. Derecho a excluirse de los HIE.** Es posible que participemos en determinados HIE, por medio de los cuales podemos divulgar su información de salud, como lo establece la ley, a otros proveedores o entidades de atención médica que participen en el HIE para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. En la medida en que lo permita la ley, otros proveedores de atención médica que participen, como médicos, hospitales y otras centros de atención médica, también pueden tener acceso a su información mediante el HIE para fines similares. Si no desea permitir que médicos, enfermeros, médicos clínicos u otros proveedores de atención médica autorizados involucrados en su atención compartan entre ellos de manera electrónica su PHI mediante un HIE, tiene derecho a excluirse del HIE. Para excluirse, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

## VI. Fecha de entrada en vigencia y duración de este Aviso:

**A. Fecha de entrada en vigencia:** Este Aviso entra en vigencia a partir del 13 de abril de 2003.  
**Fechas de revisión:** 1 de octubre de 2011,  
1 de junio de 2012,  
7 de junio de 2013,  
15 de julio de 2014,  
1 de abril de 2017,  
1 de diciembre de 2019  
1 de diciembre de 2022  
1 de febrero de 2023  
1 de noviembre de 2023

**B. Derecho a cambiar los términos de este Aviso.** Es posible que modifiquemos los términos de este Aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, es posible que los nuevos términos del Aviso sean válidos para toda la PHI que mantenemos, incluida cualquier información creada o recibida antes de emitir el Aviso nuevo. Si cambiamos este Aviso, publicaremos el nuevo Aviso en las salas de espera de Atlantic y en nuestro sitio web [www.atlantichealth.org](http://www.atlantichealth.org). También puede obtener cualquier Aviso nuevo comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad.

## VII. Oficial de Privacidad:

Puede comunicarse con el Oficial de Privacidad en:

Directora de Cumplimiento, Oficial de Privacidad  
Atlantic Health System, Inc.  
465 South Street  
Morristown, New Jersey 07962  
Número de teléfono: (973) 660-3143  
Correo electrónico: [compliance@atlantichealth.org](mailto:compliance@atlantichealth.org)