

TOPS MARKETS, LLC
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia:23 de septiembre de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA/SOBRE SU SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA.REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Tops Markets, LLC y nuestras empresas filiales tienen un compromiso firme y de larga data de proteger la privacidad de nuestros clientes.Este Aviso describe las protecciones de privacidad proporcionadas por nuestros servicios de farmacia.A lo largo de este Aviso, usamos el término “Farmacia” para referirnos a las operaciones de farmacia de Tops Markets, LLC y sus filiales, incluyendo a cada una de las farmacias de Tops Pharmacy.Cuando visite o reciba servicios de una de nuestras Farmacias, protegeremos la privacidad de la información protegida sobre su salud tal como se describe en este Aviso.

La información protegida sobre su salud, o “PHI” (siglas de *Protected Health Information*) es toda información relacionada con su salud o afección física o mental pasada, presente y futura, y con los servicios de atención de salud respectivos, incluyendo la administración de productos farmacéuticos.Por ley, tenemos la obligación de mantener la confidencialidad de su PHI, darle este Aviso detallado de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI, y cumplir con los términos del Aviso que se encuentren actualmente en vigor.También estamos obligados a notificarle en caso de que su PHI sea violada.

I. USOS Y DIVULGACIONES PARA EL TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN DE SALUD

La Regla de Privacidad federal permite el uso y divulgación de su PHI para tratamientos, pagos y operaciones de atención de salud.A continuación se describen las diversas maneras en que podríamos usar o divulgar su PHI para estos fines.

Para tratamientos.Usaremos y divulgaremos su PHI al suministrar servicios de Farmacia y podremos divulgar información a otros profesionales médicos involucrados en su cuidado.Por ejemplo, nuestros asociados de Farmacia usarán su PHI para surtirle medicamentos bajo receta conforme a las órdenes de su profesional médico.Quizás nos comuniquemos con su profesional médico para hablar sobre su receta, posibles interacciones entre fármacos u otros temas.

Para pagos.Podremos usar y divulgar su PHI con fines de facturación y pago, y para las necesidades de facturación y pago de otro profesional médico.Podremos divulgar su PHI a su representante, a una compañía de seguros o de atención administrada, Medicare, Medicaid, otro pagador u otra entidad de cuidado médico.Por ejemplo, podremos ponernos en contacto con su plan de salud para confirmar su cobertura para ciertos medicamentos bajo receta o el monto de su copago.

Para operaciones de atención de salud.Podremos usar y divulgar su PHI en la medida que sea necesario para nuestras operaciones de atención de salud, como administración, evaluación de personal, educación y capacitación.Por ejemplo, podremos usar y divulgar su PHI para evaluar la calidad de nuestros servicios.

II. OTROS USOS Y DIVULGACIONES ESPECÍFICAS DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

A continuación se describen otras maneras en que podríamos usar o divulgar su PHI sin su autorización.

Recordatorios de surtido de medicamentos.Podremos usar o divulgar su PHI para recordarle que sus medicamentos están listos para recoger en la Farmacia o de que es hora de rellenar su medicamento.

Alternativas de tratamiento, beneficios y servicios relacionados con la salud.Podremos usar o divulgar su PHI para informarle sobre tratamientos alternativos y beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.Sin embargo, tenemos prohibido vender su PHI a terceras partes o realizar ciertas actividades de comercialización sin su autorización por escrito.

Al paciente o su representante personal para uso propio.Bajo pedido, le divulgaremos su PHI a usted o a su representante personal (una persona que está autorizada por ley a actuar en su nombre en asuntos médicos).

Individuos involucrados en su cuidado o el pago de su cuidado.A menos que usted objete, podremos divulgar su PHI a uno de sus familiares, un amigo cercano u otra persona involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado, o podremos divulgar su PHI para notificar a un familiar suyo sobre su estado general o ubicación.A menos que un familiar suyo tenga autoridad legal para actuar en su nombre, solo divulgaremos la información pertinente ala participación del familiar en su cuidado.

Cuando lo exija la ley.Podremos usar o divulgar su PHI cuando lo exija la ley.

Actividades de supervisión de la salud.Podremos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud, como el Colegio de Farmacéuticos, para actividades autorizadas o requeridas por ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones, o para actividades relacionadas con la supervisión gubernamental del sistema de atención de la salud.

Socios comerciales.Podremos divulgar su PHI protegida a un contratista o proveedor de servicio (conocido como “socio comercial”) que necesita la información para poder proporcionar servicios a la Farmacia, siempre y cuando se comprometa a proteger la confidencialidad de esta información.

Además de las divulgaciones descritas anteriormente, podremos realizar las siguientes divulgaciones, sujeto a condiciones y límites impuestos por la ley federal y estatal.

Actividades de salud pública.Podremos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública encargada, por ejemplo, de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad.

Reportar elmaltrato, descuido o violencia en el hogar.Si creemos que usted ha sido víctima de maltrato, descuido o violencia en el hogar, podremos usar y divulgar su PHI para reportarloa una autoridad gubernamental, si lo autoriza la ley y usted está de acuerdo en que lo hagamos.

Para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad.Cuando es necesario prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad del público o de otra persona, podremos usar o divulgar su PHI, pero limitado solo a alguien que pueda ayudar a reducir o prevenir dicha amenaza.

Actuaciones judiciales y administrativas.Podremos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa.También podremos divulgar información en respuesta a una orden de comparecencia, solicitud de revelación u otro proceso legal; nos esforzaremos para comunicarnos con usted o para una obtener una orden o acuerdo que proteja la información.

Fuerzas del orden.Podremos divulgar su PHI para ciertos fines de cumplimiento de la ley, como por ejemplo para cumplir con requisitos de reportar; para cumplir con una orden de la corte, orden de arresto o proceso legal similar; o para responder a ciertas solicitudes de información concerniente a actos delictivos.

Investigación.Podremos usar o divulgar su PHI con fines de investigación, si los aspectos de privacidad de la investigación fueron considerados y aprobados, si el investigador está obteniendo información para preparar una propuesta de investigación, si la investigación ocurre después de su fallecimiento o si usted autoriza dicho uso o divulgación.

Forenses, examinadores médicos, directores de funeral, organizaciones de obtención de órganos.Podremos divulgar su PHI a un forense, examinador médico, director de funeral o, si usted es donante de órganos, a una organización involucrada en la donación de órganos y tejidos.

Ayuda en caso de catástrofes.Podremos divulgar su PHI en forma limitada a una organización que proporciona ayuda en caso de catástrofes.

Militares, veteranos de guerra y otras funciones gubernamentales específicas.Si es miembro de las Fuerzas Armadas, podremos usar y divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar.Podremos divulgar su PHI con fines de seguridad nacional o en la medida que sea necesario para proteger al Presidente de los Estados Unidos o a ciertos otros funcionarios, o para realizar ciertas investigaciones especiales.

Compensación del trabajador.Podremos usar o divulgar su PHI para cumplir con las leyes de compensación del trabajador o programas similares.

Reclusos/Bajo custodia de las fuerzas del orden.Si está bajo custodia de un agente del orden o establecimiento correccional, podremos divulgar su PHI a dicho agente o establecimiento para ciertos fines, como por ejemplo para preservar la salud y seguridad suya y de otras personas.

Recaudación de fondos.Podremos usar su PHI para comunicarnos con usted con relación a actividades de recaudación de fondos.No obstante, tendrá la oportunidad de negarse a recibir dichas comunicaciones de nosotros.

III. USOS Y DIVULGACIONES CON SU AUTORIZACIÓN

Salvo como se describa en este Aviso, usaremos y divulgaremos su PHI solo con su autorización por escrito.Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento.Si revoca una autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su PHI para los fines cubiertos por dicha autorización, salvo en el caso de que ya hayamos tomado una acción de acuerdo a la misma.A continuación se describen las maneras en que podríamos usar o divulgar su PHI con su autorización por escrito.

Comercialización.Podremos divulgar su PHI para ciertas actividades de comercialización solo con su autorización por escrito.Un ejemplo de actividades de comercialización puede ser si la Farmacia, o una tercera parte actuando en nombre de la misma, llama o se comunica con usted para alentarle a usar un producto específico.Los recordatorios de surtido de medicamentos, sin embargo, no se consideran como comercialización a menos que nos paguen más que el costo razonable a cambio de proporcionar dichos recordatorios.

Venta de PHI.Tenemos prohibido vender su PHI sin su autorización por escrito, la cual debe incluir una declaración en la que reconoce que se nos pagará por la divulgación de su PHI.En la actualidad, Tops Pharmacy no vende ninguna PHI.

Registros de vacunación. Con su consentimiento, podremos divulgar sus registros de vacunación, o los de un menor de edad de quien usted sea el padre o tutor legal, a una escuela que los necesite por ley para sus expedientes. Para prestar su consentimiento a una divulgación de los registros de vacunación, llene y envíe el Formulario de consentimiento de registros de vacunación, disponible en nuestro sitio web, www.topsmarkets.com, o en cualquier farmacia de Tops Pharmacy.

IV. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Se enumeran a continuación sus derechos con respecto a su PHI. Cada uno de estos derechos queda sujeto a ciertos requisitos, limitaciones y excepciones. Solo puede ejercer estos derechos llenando un Formulario de solicitud de HIPAA y enviando el formulario por email a privacyofficer@topsmarkets.com, o por correo a Tops Markets, LLC, Attention: Privacy Officer, P.O. Box 1027, Buffalo, New York 14240. Puede obtener un Formulario de solicitud de HIPAA en nuestro sitio web, www.topsmarkets.com o en cualquier farmacia de Tops Pharmacy.

Restricciones a la solicitud. Tiene el derecho a solicitar que restrinjamos el uso y divulgación de su PHI para tratamientos, pagos y operaciones de atención de salud. También tiene el derecho de solicitar restricciones a la divulgación de su PHI a un familiar, amigo u otra persona involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado. Tiene que hacer su solicitud por escrito.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción, pero tenemos que aceptar una solicitud para restringir las divulgaciones a su plan de salud para pagos o para las operaciones de atención de salud, siempre y cuando la PHI esté relacionada solamente con un elemento o servicio de atención de salud que usted u otra persona actuando en su nombre (que no sea su plan de salud) haya pagado por completo. Si aceptamos las restricciones que solicitó, cumpliremos con su solicitud salvo en la medida que sea necesario para brindarle tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley federal y estatal.

Acceso a información personal sobre su salud. Tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI, con algunas excepciones. Tiene que hacer su solicitud por escrito. En la mayoría de los casos, podremos cobrar una cuota razonable para financiar los costos de preparar, copiar y enviar por correo la información solicitada.

Podremos denegar su solicitud de inspeccionar o recibir copias en ciertas circunstancias. Si le niegan acceso a su PHI, en algunos casos tiene el derecho de solicitar una revisión de dicha denegación. Esta revisión sería efectuada por un profesional médico acreditado que no participó en la decisión de denegación.

• Nota: Las solicitudes efectuadas en la Farmacia de copias de sus registros de medicamentos, como con fines de la declaración de impuestos, no se consideran solicitudes de acceso formales y serán manejadas directamente por la Farmacia. Si quiere ejercer su derecho a acceder su PHI, tendrá que llenar y presentar un Formulario de solicitud de HIPAA.

Solicitud de enmiendas. Tiene el derecho de solicitar una enmienda a la PHI mantenida por la Farmacia, siempre que la información esté guardada por o para la Farmacia. Su solicitud se tiene que hacer por escrito y tiene que indicar la razón de la enmienda solicitada.

Podremos rechazar su solicitud de enmienda si la información (a) no fue generada por la Farmacia, a menos que el originador de la información ya no esté disponible para actuar sobre su solicitud; (b) no forma parte de la información de salud mantenida por o para la Farmacia; (c) no forma parte de la información a la que tiene derecho a acceder; o (d) es exacta y completa de la manera en que se encuentra actualmente, a criterio de la Farmacia.

Si rechazamos su solicitud de enmienda, le proporcionaremos una denegación por escrito, con las razones correspondientes, y le comunicaremos que tiene derecho a presentar una declaración por escrito demostrando su desacuerdo con la denegación.

• Nota: Las solicitudes simples efectuadas en la Farmacia, como un cambio de dirección o información de seguro, no se consideran Solicitudes de enmienda formales y son manejadas directamente por la Farmacia. Si quiere ejercer su derecho a solicitar enmiendas a su PHI, tendrá que llenar y presentar un Formulario de solicitud de HIPAA.

Solicitud de contabilidad de divulgaciones. Tiene el derecho de solicitar una “contabilidad” de ciertas divulgaciones de su PHI. Ésta es una lista de las divulgaciones efectuadas por la Farmacia o por otros en nuestro nombre, pero no incluye las divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, divulgaciones efectuadas conforme a su autorización y ciertas otras excepciones.

Para solicitar una contabilidad de divulgaciones, llene y envíe un Formulario de solicitud de HIPAA, indicando el periodo de tiempo en que está interesado (que debe ser a menos de seis años de la fecha de solicitud) e identificando todas las farmacias para las que está solicitando una contabilidad.

La primera contabilidad proporcionada en un periodo de 12 meses será gratis; para todas las demás podremos cobrarle nuestros costos. Le notificaremos cuáles son nuestros costos y usted podrá entonces retirar o modificar su solicitud en ese momento.

Solicitud de comunicaciones confidenciales por medios alternativos. Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a cuestiones de salud de una cierta manera. Aceptaremos su solicitud, en la medida que sea razonable.

• Nota: Las solicitudes simples efectuadas en la Farmacia, como llamar a un paciente a un lugar alternativo cuando la receta esté lista, no se considerarán Solicitudes de comunicaciones confidenciales formales, serán manejadas directamente por la Farmacia. Si quiere ejercer su derecho a solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos, tiene que llenar y presentar un Formulario de solicitud de HIPAA.

Solicitud de una copia impresa de este Aviso. Tiene el derecho de obtener una copia impresa de este Aviso, aunque haya aceptado recibir este Aviso electrónicamente. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento.

V. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PRESENTAR UNA QUEJA

Si tiene preguntas sobre este Aviso o quiere obtener más información sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de Farmacias al (716) 635-5274.

Si cree que sus derechos de privacidad fueron violados, puede presentar una queja por escrito en la Farmacia o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (*Office of Civil Rights in the U.S. Department of Health and Human Services*). No tomaremos represalias en su contra si presenta una queja.

Para presentar una queja en la Farmacia, puede solicitar un Formulario de queja de HIPAA en cualquier farmacia de Tops Pharmacy, o puede descargar una copia en nuestro sitio web, www.topsmarkets.com. Los Formularios de queja de HIPAA llenados se pueden enviar por correo electrónico al Funcionario de Privacidad de Tops, privacyofficer@topsmarkets.com, o por correo a Tops Markets, LLC, Attention: Privacy Officer, PO Box 1027, Buffalo, NY 14240.

VI. CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso y a poner en vigencia todas las disposiciones revisadas o nuevas del Aviso para toda la información sobre su salud ya recibida y mantenida por la Farmacia, y también para toda la información sobre su salud que recibamos en el futuro. Le proporcionaremos una copia del Aviso enmendado bajo pedido.

VII. DIVULGACIONES PERMITIDAS/PROHIBIDAS EN CIERTOS ESTADOS

Tops Pharmacy tiene farmacias en numerosos estados y cumple con las leyes que se aplican en dichos estados. Esta página enumera algunas de las disposiciones generales de las leyes en los estados en que operamos. Estas leyes contienen ciertas condiciones y están sujetas a cambios e interpretación.

Generalmente, todos los estados permiten el uso y divulgación de PHI conforme a la Sección I y III de nuestro Aviso. Ciertas divulgaciones enumeradas en la Sección II pueden estar limitadas por las leyes estatales, dependiendo de las circunstancias y la interpretación dada a dichas leyes. En algunos estados puede haber también protecciones adicionales para ciertas categorías protegidas de información. La aplicabilidad e interpretación de estas leyes estatales variarán de acuerdo a cada ley en particular y las circunstancias involucradas.

Nueva York y Pensilvania: VIH

No podemos divulgar cierta información confidencial sobre el VIH y el SIDA acerca de un individuo, salvo con la autorización por escrito de dicho individuo o cuando lo autorice o requiera la ley estatal o federal.

Pensilvania: Drogadicción/alcoholismo

No podemos divulgar cierta información confidencial sobre un individuo que está obteniendo o ha obtenido tratamiento por abuso o dependencia de alcohol o drogas, salvo con la autorización por escrito del individuo o cuando lo autorice o requiera la ley estatal o federal.

Vermont: En ciertas circunstancias, a menos que tengamos su consentimiento o por orden de la corte, no divulgaremos su información ni la naturaleza de los servicios que le proporcionamos, salvo a las siguientes personas:

1. Usted, su agente u otro farmacéutico que actúa en su nombre;
2. El profesional médico que escribió la receta para el medicamento;
3. Personal médico certificado o acreditado que es responsable por su cuidado;
4. Un Colegio de Farmacéuticos o funcionario federal, estatal, de condado o municipal responsable por el cumplimiento de las leyes federales y estatales sobre medicamentos o dispositivos, debido a una investigación de un medicamento o fármaco en particular; o
5. Una entidad gubernamental responsable por proporcionarle atención de salud, bajo solicitud escrita de un representante autorizado de dicha entidad.

[Continúa en la página siguiente]

Reconocimiento de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Si no firmó un reconocimiento de haber recibido este Aviso en la Farmacia, llene la sección a continuación, separe esta parte y entréguela a la Farmacia en la que obtuvo su medicamento bajo receta:

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Tops Pharmacy:

Nombre del cliente

Firma

Fecha

Nombre / Dirección de la farmacia

Número de receta

Si es firmado por el Representante Personal del paciente, escriba su nombre en letra del molde y describa su relación con el cliente u otra autoridad para actuar en su nombre:

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente