

**ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.**

**ESTE AVISO ENTRA EN VIGENCIA EL 27 DE JUNIO DE 2016.**

En Healthfirst (formada por Healthfirst, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc. y Senior Health Partners, Inc.), respetamos la confidencialidad de la información sobre su salud y protegeremos su información de una manera responsable y profesional. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de la información sobre su salud, que le proporcionemos este aviso y que respetemos los términos de este aviso. Este aviso explica cómo utilizamos la información sobre usted y cuándo podemos compartir dicha información con otras personas. También le informa sobre sus derechos como nuestro valioso cliente y cómo usted puede ejercer tales derechos. Healthfirst le envía este aviso porque nuestros registros indican que le ofrecemos beneficios de salud y/o dentales bajo una póliza individual o grupal.

Este aviso se refiere a Healthfirst, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc. y Senior Health Partners, Inc. Tenemos la obligación de cumplir con los términos de este aviso hasta que lo reemplacemos, y nos reservamos el derecho de cambiar dichos términos en cualquier momento. En caso de efectuar cambios significativos en nuestras prácticas de Privacidad, lo revisaremos y proporcionaremos un nuevo Aviso de Privacidad a todas las personas a quienes debamos entregarles el nuevo aviso dentro de los 60 días de haber realizado el cambio. Asimismo, publicaremos toda revisión significativa a este aviso en la página web de Healthfirst, Inc. Nos reservamos el derecho de aplicar los cambios a la información médica que conservamos sobre usted antes y después de que este nuevo aviso entre en vigencia. Cada tres años, notificaremos a nuestros miembros sobre la disponibilidad del Aviso de Privacidad y la manera de obtenerlo.

Healthfirst participa en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA, por sus siglas en inglés) según la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés). El acuerdo OHCA permite que Healthfirst y sus hospitales asociados cubiertos por este aviso compartan información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de sus pacientes o miembros del plan para promover las operaciones conjuntas de las entidades participantes. Las organizaciones participantes de este OHCA pueden utilizar y divulgar la información de salud entre ellas según sea necesario para brindar tratamiento, obtener el pago del tratamiento, evaluar la calidad de los cuidados que usted recibe, con fines administrativos y para otras operaciones conjuntas de cuidado médico del OHCA.

Las entidades cubiertas que participan en el OHCA se comprometen a cumplir con los términos de este aviso con respecto a la información de salud protegida (PHI) que la entidad cubierta crea o recibe como parte de su participación en el OHCA. Las entidades cubiertas son el sistema de salud de Mount Sinai (Mount Sinai Hospital, Mount Sinai Beth Israel, Mount Sinai St. Luke's, Mount Sinai West Roosevelt), St. Barnabas Hospital, Medisys Health Network, Maimonides Medical Center, Bronx Lebanon Hospital, NYC Health & Hospitals, The Brooklyn Hospital Center, NorthWell Health, Montefiore Medical Center, Stony Brook University Medical Center, Interfaith Medical Center, St. John's Episcopal Hospital, SUNY-Downstate Medical Center/University Hospital of Brooklyn y NuHealth. Las entidades cubiertas que componen el OHCA están ubicadas en diversas partes del área metropolitana de Nueva York. Este aviso se refiere a todas estas entidades.

Las entidades cubiertas que participan en el OHCA compartirán entre ellas la información de salud protegida siempre que sea necesario para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de cuidado médico. Las entidades cubiertas que forman parte del OHCA pueden tener diferentes políticas y procedimientos en relación con el uso y la divulgación de la información sobre la salud que se crea y se mantiene en cada una de sus instalaciones. Además, si bien todas las entidades que conforman el OHCA utilizarán este aviso para las actividades relacionadas con el OHCA, también podrían usar un Aviso específico para sus propias instalaciones cuando prestan los servicios en sus organizaciones respectivas. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este Aviso o si desea más información sobre las entidades cubiertas por el OHCA, comuníquese con la Oficina de Privacidad al 212-801-6299.

## CÓMO UTILIZAMOS O COMPARTIMOS LA INFORMACIÓN

En este aviso, cuando hablamos de “información” o “información sobre la salud” hacemos referencia a la información que recibimos directa o indirectamente de usted a través de formularios de inscripción, como su nombre, dirección y otros datos demográficos; información de sus transacciones con nosotros o nuestros proveedores, como: historia clínica, tratamiento de cuidado médico, recetas, reclamaciones y visitas de cuidado médico, solicitudes de servicios de salud e información sobre apelaciones o quejas formales; o bien información financiera relacionada con su elegibilidad para programas de salud gubernamentales o relacionada con el pago de sus primas.

## USOS Y REVELACIONES PERMISIBLES SIN SU CONSENTIMIENTO O AUTORIZACIÓN

Las siguientes son formas en las que podemos utilizar o compartir información sobre usted:

Para fines de tratamiento de parte de proveedores de cuidado médico: podemos compartir información sobre su salud con su médico, cuando éste lo solicite, para su tratamiento; utilizar la información para ayudar a pagar sus facturas por servicios médicos que nos hayan presentado médicos y hospitales para solicitar el pago, y compartir su información con sus médicos u hospitales para ayudarles a brindarle cuidado médico. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podemos brindarles acceso a cualquier registro médico que su médico nos haya enviado. Podemos usar o compartir su información con otros para ayudar a administrar su cuidado médico. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerirle el manejo de una enfermedad o un programa de bienestar que pudiera ayudar a mejorar su salud.

Pago del cuidado médico: podemos revelar información sobre su salud para obtener primas; obtener o proporcionar el reembolso de sus facturas por servicios médicos; ayudar a hospitales o médicos a determinar su elegibilidad para la cobertura; administrar reclamaciones de facturas y otras operaciones de reembolso; revisar los servicios de cuidado médico con respecto a necesidad médica, la pertinencia del cuidado o la justificación de los cargos; revisar la utilización de autorizaciones previas, certificaciones previas, revisiones actuales o retrospectivas de servicios; y notificar a las agencias de informes del consumidor de toda información de salud protegida relacionada a la cobranza de primas u otros reembolsos.

Funciones propias del cuidado médico: podemos utilizar y revelar la información sobre su salud para llevar a cabo actividades de evaluación de la calidad y de mejoramiento; para actividades de aseguramiento u otras actividades relacionadas con la creación, la renovación o el reemplazo de un contrato de seguro de salud; compartir su información con otras personas que nos ayudan a administrar, planificar o llevar a cabo las actividades de nuestra empresa; y autorizar a los socios de negocios a brindar servicios de recolección de datos y participar en la administración de casos o en la coordinación del cuidado. No compartiremos su información con estos grupos externos salvo que ellos acepten mantenerla protegida y tenemos prohibido usar o revelar su información genética con fines de aseguramiento. En algunas situaciones, es posible que compartamos la información sobre su salud con otra entidad cubierta para actividades limitadas de funciones propias del cuidado médico y las actividades de cumplimiento relacionadas con el fraude y el abuso del cuidado médico de la entidad que recibe la información sobre su salud.

Servicios de cuidado médico: podemos utilizar o compartir su información para brindarle información sobre tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud en los que usted pudiera estar interesado. Por ejemplo, podríamos enviarle información sobre el asma, el control de la diabetes o programas de administración de salud. No vendemos su información a grupos externos que pueden desear venderle sus productos o servicios, como una compañía de venta por catálogo. Podemos compartir información sobre su salud a nuestros socios de negocios para que nos ayuden con estas actividades.

Intercambio de información de salud: podemos utilizar o compartir información en forma electrónica a través de nuestro sistema de Intercambio de Información de Salud con los hospitales y proveedores que participan en nuestro OHCA. Esta información puede incluir consultas e información clínica, como notificaciones de ingreso, alta y traslado hospitalarios, mediciones de la presión arterial, índices de masa corporal, resúmenes de consultas médicas y resultados de laboratorio. Podemos compartir información que incluya reclamaciones de farmacia que se hayan procesado, encuentros con médicos y diferencias en la calidad del cuidado. No compartiremos información con ningún consultorio médico, hospital, clínica, laboratorio u otra entidad que no forme parte del OHCA.

De acuerdo con lo exigido por la ley: las leyes estatales y federales pueden exigirnos que revelemos información sobre su salud a otros. Es posible que se nos exija reportar información a agencias estatales y federales que nos regulan, como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid, los Departamentos de Salud del Estado y la Ciudad de Nueva York, los Distritos Locales de Servicio Social y el Procurador General del Estado de Nueva York.

También podríamos utilizar y revelar información sobre su salud de la siguiente manera:

- A una persona que tenga el derecho legal para actuar en su nombre (como su representante legal, apoderado para el cuidado médico o tutor legal) con el fin de administrar sus derechos en la forma descrita en este aviso;
- Para reportar información a agencias de salud pública si creemos que existe una amenaza grave para la salud o seguridad.
- Para dar información a un tribunal o una agencia administrativa (por ejemplo, en conformidad con una orden de un tribunal, una citación o una orden de protección de menores).
- Para reportar información a una autoridad gubernamental respecto a abuso de menores, abandono o violencia doméstica, o reportar información para que se cumpla la ley.
- Para compartir información para actividades de salud pública.
- Para compartir información relacionada con funciones gubernamentales especializadas, como actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, y los servicios de protección para el Presidente, entre otros.
- Para fines de investigación, en circunstancias limitadas.
- A un juez de instrucción, médico legista o director de una funeraria acerca de una persona fallecida.
- A una organización de obtención de órganos en circunstancias limitadas; y
- Para prevenir una amenaza grave para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otros.

## **USOS y REVELACIONES PERMISIBLES QUE REQUIEREN SU CONSENTIMIENTO O AUTORIZACIÓN**

Si alguno de los motivos descritos previamente no se aplica a la forma en que usamos o revelamos su información de salud, debemos obtener su permiso por escrito para usar o revelar información sobre su salud. Por ejemplo, la mayoría de usos y revelaciones de notas de psicoterapia (si Healthfirst las conserva), usos y revelaciones de información de salud protegida con propósitos de mercadeo, y revelaciones que constituyen una venta de información de salud protegida, exigen que obtengamos su autorización por escrito antes de revelar dicha información. Si usted nos otorga un permiso por escrito para revelar su información personal de salud y cambia de parecer, puede revocar su permiso por escrito en cualquier momento. Su revocación entrará en vigencia para toda la información médica que conservamos sobre usted, a menos que hayamos tomado medidas apoyados en su autorización.

## SUS DERECHOS

Los siguientes son sus derechos respecto a la información que conservamos sobre su salud. Puede presentarnos una solicitud por escrito para que procedamos a llevar a cabo una o varias de las siguientes acciones con relación a la información sobre su salud.

- Tiene derecho a solicitarnos que le enviemos por correo una copia de este aviso si lo recibió por otros medios distintos al correo de los Estados Unidos. También puede ver una copia del aviso en nuestro sitio web en <http://www.healthfirstny.org>.
- Tiene derecho a solicitar copias de la información sobre su salud. En limitadas ocasiones, no estamos obligados a aceptar su solicitud (por ejemplo, información perteneciente a notas de psicoterapia; información recopilada ante la expectativa razonable de, o para ser utilizada en, una acción o proceso judicial civil, penal o administrativo; e información sujeta a ciertas leyes federales que rigen productos biológicos y laboratorios clínicos). En ciertas otras situaciones, podemos denegarle su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de la información. Si denegamos su solicitud, le notificaremos por escrito y podríamos darle el derecho a hacer que la denegación sea revisada. Usted tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la manera en que utilizamos o compartamos su información para tratamientos, pagos o funciones propias del cuidado médico. También tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la información que se nos solicita que proporcionemos a familiares u otras personas involucradas en su cuidado médico o en el pago de su cuidado médico. Aunque es posible que respetemos su solicitud, no estamos obligados a aceptar estas restricciones.
- Usted tiene derecho a darnos instrucciones especiales respecto a la manera en que le enviamos información sobre el plan que contenga información de salud protegida. Por ejemplo, puede solicitarnos que le enviemos la información a través de un medio específico (como el correo de los Estados Unidos o por fax) o a una dirección específica si considera que podría resultar perjudicado si le enviáramos la información por otro medio (por ejemplo, en situaciones que impliquen violencia o altercados domésticos). Accederemos a sus solicitudes razonables de acuerdo con lo que se explica anteriormente. Aunque nos solicitara que nos comuniquemos con usted a través de medios alternativos, podríamos brindarle al titular del contrato información sobre los costos.
- Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información que conservamos sobre usted en “su expediente designado”. Un expediente designado es el conjunto de registros que utilizamos para tomar decisiones sobre usted, que incluye registros de inscripción, pagos, adjudicación de reclamaciones y administración de casos.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que hagamos cambios a la información que conservamos sobre usted en su expediente designado. Estos cambios se denominan enmiendas. Su solicitud por escrito debe incluir un motivo para hacerla. Le notificaremos por escrito sobre cada solicitud de realizar enmiendas que deneguemos junto con una explicación acerca de la denegación. Usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito.
- Usted tiene derecho a recibir una explicación de ciertas revelaciones de su información que hayamos hecho durante los seis (6) años anteriores a su solicitud. No estamos obligados a proporcionarle un registro de las siguientes revelaciones:
  - Revelaciones anteriores al 14 de abril de 2003.
  - Revelaciones para fines de tratamientos, pagos y funciones propias de la atención médica.
  - Revelaciones hechas a usted, su representante personal o conforme con su autorización.
  - Revelaciones adecuadas a un propósito o una revelación de información que por lo demás sea permitida.
  - Revelaciones a personas involucradas en su cuidado o a otros efectos de notificación.
  - Revelaciones para fines de seguridad o inteligencia nacionales.
  - Revelaciones a instituciones correccionales, funcionarios encargados del cumplimiento de la ley o agencias de supervisión de la salud; o
  - Revelaciones realizadas como parte de un conjunto limitado de datos para fines de investigación, salud pública o funciones propias de la atención médica.
- Usted será notificado por Healthfirst cuando ocurra una violación de información de salud protegida que no

## **EJERCICIO DE SUS DERECHOS**

Si usted desea ejercer los derechos que se describen en este aviso, por favor, comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad (a continuación), de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., por teléfono, correo electrónico o por escrito. Le proporcionaremos la información y los formularios necesarios para que complete y devuelva a nuestra Oficina de Privacidad. En algunos casos, es posible que le cobremos una tarifa basada en el costo para efectuar su solicitud. Si tiene preguntas acerca de este aviso o sobre cómo utilizamos o compartimos la información, por favor, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Healthfirst.

## **QUEJAS**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja ante nosotros o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante nosotros, puede llamar o escribir a la Oficina de Privacidad (a continuación). No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

### **Healthfirst Privacy Office**

**P.O. Box 5183**

**New York, NY 10274-5183**

**Teléfono: 1-212-801-6299**

**Correo electrónico:**

**[HIPAAPRIVACY@healthfirst.org](mailto:HIPAAPRIVACY@healthfirst.org)**

### **Office for Civil Rights**

**U.S. Department of Health and Human Services**

**Jacob Javits Federal Building, Suite 3312**

**New York, N.Y. 10278**

**Líneas directas y de voz de la Oficina de**

**Derechos Civiles: (800) 368-1019;**

**TDD: (800) 537-7697**

**Correo electrónico: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)**

**Sitio Web: <http://www.hhs.gov/ocr/>**