

# Aviso de privacidad de Healthfirst

---

## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

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

**LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO ES EL 1 DE JULIO DE 2019.**

En Healthfirst (formada por Healthfirst, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc., Healthfirst Insurance Company, Inc. [HFIC] y Plan Senior Health Partners), respetamos la confidencialidad de su información de salud y la protegeremos de manera responsable y profesional. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud, que le entreguemos 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 nosotros le ofrecemos beneficios de salud o dentales con una póliza individual o grupal.

Este aviso se aplica a Healthfirst, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc., Healthfirst Insurance Company, Inc. (HFIC) y Plan Senior Health Partners. 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. Si hacemos cambios importantes en nuestras prácticas de privacidad, revisaremos este aviso y, en un plazo de 60 días del cambio, proporcionaremos un nuevo Aviso de privacidad a todas las personas a quienes debamos entregarles el nuevo aviso. Además, publicaremos toda revisión significativa a este aviso en el sitio web de Healthfirst, Inc. Nos reservamos el derecho

de aplicar los cambios a la información de salud que conservamos sobre usted antes y después de que este nuevo aviso entre en vigencia. Cada tres años, les notificaremos a nuestros miembros sobre la disponibilidad del Aviso de privacidad y la manera de obtenerlo.

Healthfirst participa en un Acuerdo de Cuidado de Salud Organizado (OHCA, por sus siglas en inglés) según la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). El acuerdo OHCA permite que Healthfirst y sus hospitales asociados cubiertos por este aviso compartan información protegida de salud (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 cualquier otra operación conjunta de cuidado de la salud del OHCA.

Las entidades cubiertas que participan en el OHCA se comprometen a cumplir los términos de este aviso con respecto a la información protegida de salud que la entidad cubierta crea o recibe como parte de su participación en el OHCA. Las entidades cubiertas son Mount Sinai Health System (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, BronxCare Health System, NYC Health + Hospitals, The Brooklyn Hospital Center, NorthWell Health, NYU Langone 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.

## Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Para ayudarlo, esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

### Obtener una copia de los registros médicos y de reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones, y otra información de salud que tengamos sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, por lo general, en un plazo de 30 días de su solicitud. Podríamos aplicar un cargo razonable en base al costo.

### Solicitar que corrijamos los registros médicos y de reclamaciones

- Puede solicitar que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si considera que son incorrectos o están incompletos. Consúltenos cómo hacerlo.
- Puede que rechacemos su solicitud, pero le comunicaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptar su solicitud si nos informa que podría estar en peligro si no lo hacemos.

## Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos o compartamos cierta información de salud con fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos rechazarla en caso de que afecte sus cuidados. Sin embargo, si nos informa que usted podría estar en peligro si rechazamos su solicitud, debemos aceptarla.

## Obtener una lista de las personas con quienes compartimos información

- Puede solicitar una lista (informe) que indique las veces que compartimos su información de salud durante los seis años previos a la fecha en la que realiza la solicitud, con quiénes compartimos esa información y por qué.
- Incluiremos toda la divulgación de información, excepto aquella relacionada con tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud, y otro tipo de divulgación (como cualquiera que usted nos haya solicitado).
- Proporcionaremos un informe gratis por año, pero aplicaremos un cargo razonable en base al costo si solicita otro informe en el plazo de 12 meses.

## Obtener una copia de este Aviso de privacidad

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si acordó recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel inmediatamente.

## Elegir a otra persona para que lo represente

- Si le ha otorgado a alguien un poder para cuestiones de cuidado de la salud o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de sus gastos directos de bolsillo de reclamaciones y facturación de primas.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autorización y pueda representarlo antes de tomar cualquier medida.

## **Presentar una queja si considera que se violan sus derechos**

Si considera que hemos violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales 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 Sociales 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**

**Office for Civil Rights**  
**U.S. Department of Health**  
**and Human Services**  
**Jacob Javits Federal Building, Suite 3312**  
**New York, NY 10278**

**Líneas directas y de voz de la Oficina**  
**de Derechos Civiles: 1-800-368-1019**  
**TDD: 1-800-537-7697**  
**Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov**  
**Sitio web: www.hhs.gov/ocr/**

## **Sus opciones**

Tiene algunas opciones con respecto a la forma en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Respondemos preguntas acerca de la cobertura a su familia y sus amigos
- Proporcionamos ayuda en caso de desastres
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información

**Para cierta información de salud, puede expresarnos sus elecciones acerca de lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de sus cuidados
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastres

Si no puede decirnos cuál es su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos proceder y compartir su información si consideramos que es por su bien. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.

En los siguientes casos, nunca compartimos su información, a menos que nos dé un permiso por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

## **¿Cómo utilizamos o compartimos generalmente su información de salud?**

Generalmente, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

### **Ayudar a administrar el tratamiento de cuidado de la salud que recibe**

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y su plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Podemos utilizar o compartir su información de manera electrónica a través de nuestra herramienta 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 el cuidado de calidad. No compartiremos información con ningún consultorio médico, hospital, clínica, laboratorio u otra entidad que no forme parte del OHCA.

## **Administrar nuestra organización**

- Podemos utilizar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No estamos autorizados a utilizar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y determinar el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

Ejemplo: usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

## **Pagar sus servicios de salud**

Podemos utilizar y divulgar su información de salud cuando pagamos sus servicios de salud.

Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago del trabajo dental que recibe.

## **Administrar su plan**

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: su compañía nos contrata para proporcionar un plan de salud y nosotros le proporcionamos ciertos datos estadísticos a su compañía para explicar las primas que cobramos.

## **¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras, por lo general, de maneras que contribuyen al bien público, como por cuestiones de salud pública e investigación. Antes de poder compartir su información con estos fines, debemos cumplir diversas condiciones de la ley. Para obtener más información, visite el sitio [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## **Ayudar con problemas de salud pública y seguridad**

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Reportar reacciones adversas a medicamentos

- Reportar presuntos abusos, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o la seguridad de una persona

## **Realizar investigaciones**

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

## **Cumplir 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 Sociales de los Estados Unidos, los Centros de 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.

## **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un examinador médico o director de funeraria**

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un examinador médico o el director de una funeraria cuando una persona muere.

## **Abordar asuntos de compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno**

Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación de los trabajadores
- Para que se cumpla la ley o ante funcionarios encargados del cumplimiento de la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección al presidente

## **Responder demandas y acciones legales**

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal, o en respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información protegida de salud.
- Le haremos saber inmediatamente si se produce una violación que puede haber afectado la privacidad o la seguridad de su información.
- Nunca compartiremos ninguna información suya sobre trastornos debido al uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) sin su autorización.
- Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del aviso.
- Debemos cumplir las legislaciones adicionales del estado de Nueva York que tienen un mayor nivel de protección de la información personal, particularmente, la información relacionada con el estado o tratamiento del VIH/SIDA, y la información sobre salud mental, trastornos debido al uso de sustancias y planificación familiar.

## **Recopilar, compartir y proteger su información financiera**

Además de la información de salud, Healthfirst puede recopilar otra información sobre usted y sus dependientes (denominada información de identificación personal o PII, por sus siglas en inglés) durante el curso normal de sus negocios para proporcionarle servicios de cuidado médico, como:

- Información que recibimos directa o indirectamente de usted o de las agencias gubernamentales de la ciudad o del estado a través de las solicitudes de inscripción y elegibilidad, y de otros formularios como: nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, estado civil, información sobre los dependientes, activos y declaraciones de impuestos.

- Información sobre las transacciones que realiza con nosotros, nuestros proveedores de cuidado médico afiliados u otros, lo que incluye, de manera no taxativa, información sobre apelaciones y quejas formales, reclamaciones por beneficios, historial de pago de primas e información sobre coordinación de los beneficios. Esto también incluye información relacionada con sus beneficios de salud y evaluaciones de riesgos de salud.

## **– Cómo se utiliza su PII o se divulga a terceros**

No divulgamos su PII a ninguna persona sin su autorización por escrito, excepto según permita la ley (es decir, para autorizar solicitudes de servicios de cuidado médico, pagar reclamaciones de servicios, garantizar prácticas de mejora y aseguramiento de la calidad, resolver inquietudes relacionadas con apelaciones o quejas formales, y cualquier divulgación exigida por las agencias gubernamentales correspondientes). Si lo hiciéramos en el futuro, le notificaremos ese cambio en la política y le informaremos su derecho a darnos instrucciones para que no se comparta su información (también denominado "exclusión voluntaria"). Puede decirnos, en cualquier momento, que no compartamos su información personal con las compañías afiliadas que proporcionan productos o servicios que no son los nuestros.

Restringimos el acceso a su PII a aquellos empleados de Healthfirst que necesiten conocer dicha información para proporcionarle servicios. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos que cumplen con las normas federales y estatales para proteger su PII. Los empleados que violen nuestras políticas de confidencialidad o seguridad están sujetos a sanciones disciplinarias, que pueden incluir el despido.

## **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos modificar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso está disponible a solicitud, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.



100 Church Street, New York, NY 10007  
[www.healthfirst.org](http://www.healthfirst.org)