



## Aviso de privacidad de Healthfirst

**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 26 DE MARZO DE 2013.

En Healthfirst (formada por Healthfirst PHSP, Inc. y Managed Health, Inc., que opera como Plan Medicare de Healthfirst y Healthfirst Nueva York), 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 enviemos 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.

Estamos obligados a 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, lo revisaremos y enviaremos un Aviso de Privacidad nuevo a todas las personas a quienes debamos entregarles el nuevo aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios nuevos se apliquen a la información médica que conservamos sobre usted antes y después de que este aviso nuevo entre en vigencia.

### **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, por ejemplo: historia clínica, tratamiento médico, recetas, reclamaciones y visitas de atención médica, 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 atención médica: podemos compartir información sobre su salud a 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 atención médica. 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.

Funciones propias de la atención médica: 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 de la atención. No compartiremos su información con estos grupos externos salvo que ellos acepten mantenerla protegida. En algunas situaciones, es posible que compartamos la información sobre su salud con otra entidad cubierta para actividades limitadas de funciones propias de la atención médica y las actividades de cumplimiento relacionadas con el fraude y el abuso de la atención médica de la entidad que recibe la información sobre su salud.

Servicios de atención médica: 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.

Al patrocinador del plan: podemos utilizar o compartir su información para intercambiar información con el patrocinador (es decir, el empleador) de un plan de beneficios para empleados a través del cual usted recibe beneficios de salud. No compartiremos información detallada sobre su salud con su plan de beneficios. Podemos revelar al empleador en forma resumida, el historial de reclamaciones e información similar. Dicha información resumida no revela su nombre ni otra información que le distinga. Podemos revelar al patrocinador información acerca de nuestra inscripción o cancelación de la inscripción en el plan de salud colectivo. Podemos revelar información sobre su salud al patrocinador para funciones administrativas del patrocinador del plan, siempre que éste prometa, por escrito, conservar la confidencialidad y seguridad de la información sobre su salud. El patrocinador del plan también debe acordar no utilizar ni revelar información sobre su salud para actividades relacionadas con el empleo, o cualquier otro beneficio o planes de beneficios del patrocinador del plan.

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:

- 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 con 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 protegida sobre salud con propósitos de mercadeo, y revelaciones que constituyen una venta de información protegida sobre salud, 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 sobre 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 <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 de la atención médica. También tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la información que se nos solicita que proporcionemos a familiares u otras personas involucradas en su atención médica o en el pago de su atención médica. 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 protegida sobre su salud. 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 relación 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 atención 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.
- 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 protegida sobre salud que no estaba asegurada.

## **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 llene 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: 1-866-463-6743  
Correo electrónico: [HIPAASECURITY@healthfirst.org](mailto:HIPAASECURITY@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/>