

CHOICE of NY
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO DEBE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEA CON ATENCIÓN

CHOICE of NY respeta su privacidad. Mantenemos registros que incluyen su información de salud personal que está protegida por ley. Esta Notificación de Prácticas de Privacidad explica la forma en que podemos usar o divulgar su información de salud protegida, sus derechos y nuestros deberes legales relativos a su información de salud protegida. En esta Notificación su información de salud protegida se llama su "Información de salud".

Nuestros deberes relativos a su Información de salud

CHOICE of NY está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y a proveerle esta notificación de sus deberes legales y las prácticas de privacidad en relación con su información de salud. Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta Notificación y preparamos las disposiciones de una Notificación revisada vigente para toda la Información de Salud que mantenemos. Si revisamos la Notificación, se la proporcionaremos cuando esté vigente al publicarla en una ubicación clara y destacada en nuestra instalación, con una copia disponible para que pueda solicitar y llevarse y publicarla en nuestro sitio en Internet si tenemos un sitio en Internet. Debemos cumplir con los términos de la notificación que esté vigente.

Puede solicitar una copia de la Notificación en cualquier momento y le daremos una copia de la Notificación vigente cuando la solicite.

Puede comunicarse con nuestro Funcionario de Privacidad si tiene dudas o desea obtener más información sobre los asuntos cubiertos por esta Notificación. Encontrará la información de contacto de nuestro Funcionario de Privacidad al final de esta Notificación.

Cómo podemos usar y divulgar su Información de salud

Uso y Divulgación de su Información de Salud para el Tratamiento, Pago y las Operaciones de Atención de Salud

Estamos autorizados a usar y divulgar su información de salud para tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con la atención de salud.

- 1. Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su Información de Salud para ofrecerle el tratamiento o los servicios de atención de salud. Por ejemplo, podemos usar su Información de Salud para diagnosticarlo y tratarlo o podemos divulgar su información de salud a un proveedor de atención de salud que puede estar derivado, a fin de que el proveedor tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.
- 2. Pago.** Podemos usar o divulgar su Información de Salud para obtener pago o ser reembolsado por el tratamiento o los servicios de atención de salud que proporcionamos. Por ejemplo, podemos ofrecer su Información de Salud para su plan de salud, a fin de poder reintegrarle o para nuestro pago. Asimismo, podemos brindar su Información de Salud a su plan de salud para obtener una aprobación previa para el tratamiento o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
- 3. Operaciones referentes a la atención de salud.** Podemos usar o divulgar su Información de Salud en conexión con nuestras operaciones de atención de salud que son formas que ofrecemos atención de salud y manejamos nuestra organización. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su Información de Salud para evaluar nuestro desempeño en la provisión de atención de salud para usted e identificar formas en las que podemos mejorar nuestro servicio.

Uso y Divulgación de nuestra Información de Salud obligatoria o permitida por Ley

Existen situaciones, aparte del tratamiento, pago o las operaciones de atención de salud donde podemos usar o divulgar parte de su Información de Salud sin obtener primero su autorización escrita. Cualquiera de esos usos o divulgaciones estarán restringidas a su Información de Salud obligatoria o permitida por ley en las siguientes situaciones.

CHOICE of NY
Notificación de Prácticas de Privacidad

- 1. Salud Pública.** Podemos divulgar su Información de Salud a las autoridades de salud pública que estén autorizadas por ley para recopilar o recibir información para informar datos vitales y prevenir o controlar lesiones o enfermedades. Por ejemplo, podemos informar datos sobre enfermedades contagiosas transmisibles, abuso o negligencia de niños, problemas relacionados con la comida, medicamentos o dispositivos o productos médicos y eventos vitales, como nacimientos o muertes. También podemos divulgar su Información de Salud a una persona que pueda haber estado expuestas a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o transmitir la enfermedad o afección o hallazgos relativos a la enfermedad o lesión relativa al trabajo o tema de salud relativo al lugar de trabajo a un empleador. Si creemos razonablemente que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su Información de Salud restringida a los requisitos de ley a una autoridad gubernamental, incluso un servicio social o una agencia de servicios de protección, autorizada por ley para recibir informes de dicho abuso, negligencia o violencia doméstica.
- 2. Actividades de Supervisión de Salud.** Podemos divulgar su Información de Salud a una agencia de supervisión de salud que incluye, entre otras, una agencia del gobierno estatal o federal autorizada por ley para controlar el sistema de atención de salud. Las actividades de supervisión de salud autorizadas incluyen auditorías; investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; licencia o medidas disciplinarias; actividades civiles, administrativas u otras actividades necesarias para una supervisión adecuada del sistema de atención de salud.
- 3. Procesos Judiciales y Administrativos.** Podemos divulgar su Información de Salud en el curso de los procesos administrativos o judiciales. Por ejemplo, presentamos una publicación como respuesta a una orden o citación administrativa o del tribunal.
- 4. Objetivos de Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su Información de Salud a un funcionario de cumplimiento de ley, conforme es obligatorio por ley, como respuesta a la solicitud lícita de un funcionario de cumplimiento de la ley para identificar o ubicar a una víctima, sospechoso, fugitivo, testigo material o desaparecido o para informar un delito que ocurrió en nuestras instalaciones o que pudo haber causado una necesidad de los servicios de emergencia.
- 5. Obligatorio por ley.** Podemos usar o divulgar su Información de Salud cuando sea necesario por la ley estatal, federal u otra ley a las instituciones correccionales, la FDA o la Administración de Medicamentos y Alimentos y los funcionarios federales autorizados para la conducción de actividades de seguridad nacional lícitas y la provisión de servicios de protección al Presidente u otras personas, conforme sea necesario por la ley federal.
- 6. Médicos Forenses, Examinadores de Salud y Directores Funerarios.** Podemos divulgar su Información de Salud a los médicos forenses o examinadores de salud para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte y a los directores funerarios, según sea necesario para llevar adelante sus tareas.
- 7. Donación de órganos.** Podemos divulgar su Información de Salud a una organización de obtención de órganos o a otras instalaciones que participan o tienen una determinación para el logro, banca o trasplante de órganos o tejidos.
- 8. Investigación.** Podemos usar o divulgar su Información de Salud para fines de investigación, bajo la estricta protección legal solo si el uso o la divulgación ha sido revisada y aprobada por una Junta de Privacidad especial o la Junta de Revisión Institucional o si autoriza el uso o la divulgación.
- 9. Incidentes de Ayuda en caso de desastre.** Podemos usar o divulgar su Información de Salud a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en las labores humanitarias en el desastre, como la Cruz Roja de los Estados Unidos. Si nos dice que objeta, no haremos este uso o divulgación, a menos que lo hagamos para responder a una situación de emergencia.
- 10. Personas que participan en su Cuidado.** Podemos usar o divulgar su Información de Salud a personas involucradas en su atención de salud o pago por su atención de salud incluidos familiares, su representante personal u otras personas identificadas por su parte, a menos que objete nuestro uso y divulgación de su Información de Salud a dichas

CHOICE of NY
Notificación de Prácticas de Privacidad

personas.

- 11. Salario de los Trabajadores.** Podemos usar o divulgar su Información de Salud para cumplir con las leyes de compensación o retribución de los trabajadores.
- 12. Evitar una amenaza grave a la salud o seguridad.** Podemos usar o divulgar su información de salud si creemos que es necesario para evitar o disminuir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o del público.
- 13. Registros de vacunas en la escuela.** Podemos divulgar su Información de Salud para proporcionar una prueba de sus vacunas a una escuela si es un adulto o menor emancipado y usted acuerda; o sobre un niño menor si el padre o tutor del niño está de acuerdo.
- 14. Militar.** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud conforme sea necesario por las autoridades de comando militar o según lo indique la ley. También podemos divulgar información de salud sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.
- 15. Socios comerciales.** Podemos usar entidades que se denominan Socios Comerciales para realizar trabajos o servicios, como servicios legales, contables o financieros donde los Socios comerciales están obligados a crear, recibir, mantener o transmitir su Información de Salud, pero solo si el Socio Comercial primero acuerda por contrato escrito para proteger su Información de Salud, conforme es obligatorio y según lo requerido por ley.
- 16. Captación de Fondos.** Podemos usar Información de Salud limitada, como su nombre, dirección y fechas de tratamiento para contactarlo para fines de captación de fondos, a fin de respaldar nuestros objetivos de atención de salud y nuestra misión. Tiene derecho a elegir no recibir las comunicaciones de captación de fondos y si usted recibe una comunicación de captación de fondos de nuestra parte, también recibirá instrucciones simples sobre cómo dejar de recibir más comunicaciones de captación de fondos.

Uso y Divulgación de su Información de Salud que requiere de autorización escrita Su autorización escrita es obligatoria para los siguientes usos y divulgaciones de su Información de Salud:

- 1. Comercialización.** No usaremos ni divulgaremos su información de salud para fines de comercialización sin su autorización escrita. La comercialización se define como una comunicación sobre un producto o servicio relativo a su atención de salud, por lo cual recibimos un pago de un tercero.
- 2. Venta de su Información de salud.** No usaremos ni divulgaremos su Información de Salud de ninguna manera que se considere una venta de su Información de Salud sin su autorización escrita. Una venta de su Información de Salud se define como un intercambio en el cual nosotros, de forma directa o indirecta, recibimos pago por su Información de Salud del beneficiario de su Información de Salud.
- 3. Notas de Psicoterapia.** Si mantenemos notas de psicoterapia sobre usted, no divulgaremos las notas de psicoterapia sin su autorización escrita, excepto en instancias limitadas que estén permitidas o sean obligatorias por ley.

Todos los demás usos y divulgaciones de su Información de Salud requieren una autorización escrita Su autorización escrita es obligatoria para otros usos y divulgaciones de su Información de Salud que no se describen en esta Notificación.

Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento

Puede revocar una autorización para usar o divulgar su Información de Salud en cualquier momento. Su revocación debe ser por escrito y no afectará los usos ni las divulgaciones de su Información de Salud realizada como consecuencia de su autorización antes de su revocación. Si la Autorización se obtuvo como una condición de obtener cobertura de seguro, otras leyes pueden proveer a la aseguradora el derecho a contestar una demanda bajo la política o la política en sí.

Sus derechos relativos a su Información de salud

Esta sección explica sus derechos y cómo puede usar sus derechos en relación con su Información de Salud.

1. Su derecho a Nuestra Notificación de prácticas de privacidad

CHOICE of NY
Notificación de Prácticas de Privacidad

Tiene derecho a tener una copia impresa de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad actual. Tiene derecho a recibir una copia electrónica de esta Notificación de nuestro sitio en Internet si mantenemos una o si acuerda por escrito, por correo electrónico. Tiene derecho a solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de manera electrónica. Puede solicitar a nuestro Funcionario de Privacidad, cuya información de contacto se encuentra al final de esta Notificación para brindarle una copia de nuestra Notificación en cualquier momento.

2. Su Derecho a solicitar Restricciones de Uso y Divulgación de Su Información de Salud

A. Su Derecho General a Solicitar Restricciones - No estamos obligados a acordar

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su Información de Salud que usamos y divulgamos para su tratamiento, para el pago de sus servicios de atención de salud o para las actividades relacionadas con nuestras operaciones de atención de salud. Asimismo, puede solicitar una restricción sobre qué Información de Salud podemos divulgar a alguien que está implicado en su atención o pago por su atención, como un familiar o amigo. Su solicitud debe ser por escrito y debe ser entregada a nuestro Funcionario de Privacidad cuya información de contacto se encuentra al final de esta Notificación. Puede usar nuestro formulario de solicitud si lo desea. No estamos obligados a acordar con su solicitud. Si acordamos, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia y solicitaremos que el proveedor de atención de salud no use ni divulgue más su Información de salud. Podemos rescindir o terminar nuestra restricción si nos solicita que la rescindamos. También podemos terminar una restricción sea que nos consulte o no finalizar la restricción, si le informamos que la estamos rescindiendo. Si rescindimos una restricción, solo afectará su Información de Salud que se creó o recibió después de informarle de la rescisión.

B. Su Derecho a Solicitar que No se divulgue Su Información de Salud a su Plan de Salud (Proveedor de Seguro de Salud) - Debemos acordar conforme determinadas condiciones

Usted tiene derecho a solicitar que no divulguemos su Información de Salud a su plan de salud (su proveedor de seguro de salud) si la divulgación:

- (1) es con fines de realizar el pago o las operaciones de atención de salud,
- (2) no es obligatoria por ley, de otra manera, y
- (3) pertenece exclusivamente a un asunto o servicio de atención de salud exclusivamente para el cual usted u otra persona diferente al plan de salud en su nombre pagó en su totalidad.

Su solicitud debe ser por escrito y debe ser entregada a nuestro Funcionario de Privacidad cuya información de contacto se encuentra al final de esta Notificación. Puede usar nuestro formulario de solicitud si así lo desea. Debemos acordar con su solicitud si se cumplen las tres condiciones indicadas anteriormente.

3. Su derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud mediante métodos alternativos o en un lugar alternativo. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted a su trabajo o por correo postal en un sobre sellado (no una tarjeta postal). No le preguntaremos el motivo de su solicitud y acomodaremos todas las solicitudes razonables. Si no podemos comunicarnos con usted por los medios alternativos o en la ubicación alternativa que ha solicitado, podemos intentar comunicarnos con usted con el uso de la información que tenemos.

Su solicitud debe ser por escrito y debe ser entregada a nuestro Funcionario de Privacidad cuya información de contacto se encuentra al final de esta Notificación. Puede usar nuestro formulario de solicitud si lo desea.

4. Su derecho a inspeccionar y copiar su información de salud.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud que conservamos y que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención durante todo el tiempo que conservemos esos registros. También puede solicitar una copia electrónica de su Información de Salud si la mantenemos en forma electrónica. Su solicitud debe ser por escrito y debe ser entregada a nuestro Funcionario de Privacidad cuya información de contacto se encuentra al final de esta Notificación. Puede usar nuestro formulario de solicitud si lo desea. Podemos cobrarle un arancel razonable, basado en costos si solicita una copia de su Información de Salud, incluso

CHOICE of NY
Notificación de Prácticas de Privacidad

costos de trabajo, suministros y gastos de envío. Proporcionaremos el acceso a su Información de Salud solicitada, o en algunas circunstancias, podemos rechazar parte o toda la solicitud. Si rechazamos o negamos su solicitud en todo o en parte, explicaremos por escrito por qué negamos la solicitud y explicaremos cómo puede pedir una revisión de nuestro rechazo y cómo debe hacer un reclamo ante nosotros y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Secretaría de los Estados Unidos en relación con nuestro rechazo.

5. Su derecho a solicitar Enmienda de su información de salud.

Si cree que su Información de Salud que tenemos es incorrecta o incompleta, tiene derecho a solicitar que enmendemos esa Información de Salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe ser entregada a nuestro Funcionario de Privacidad cuya información de contacto se encuentra al final de esta Notificación. Puede usar nuestro formulario de solicitud si lo desea. Le informaremos sobre nuestra acción sobre su pedido, incluso lo que haremos si aceptamos su solicitud de enmienda en todo o en parte. Si negamos todo o parte de su pedido de enmienda o modificación, le brindaremos los motivos de la negación y le informaremos sus derechos adicionales relativos a nuestra negación, incluso su derecho a reclamarnos a nosotros y al Departamento de Servicios Humanos y de Salud de la Secretaría de los Estados Unidos.

6. Su derecho a una justificación de divulgaciones de su información de salud.

Tiene derecho a recibir una explicación de todas las divulgaciones de su Información de Salud realizadas a otros, aparte de las divulgaciones relativas al tratamiento, pago, operaciones de atención de salud y publicaciones realizadas a su nombre o de acuerdo con su autorización escrita para hacer una divulgación. Su solicitud debe ser por escrito y debe ser entregada a nuestro Funcionario de Privacidad cuya información de contacto se encuentra al final de esta Notificación. Puede usar nuestro formulario de solicitud si así lo desea. Puede solicitar una explicación de las divulgaciones hasta por seis (6) años previos a la fecha en que realiza el pedido. Debemos proporcionarle una explicación por escrito. La primera explicación que solicite en cualquier plazo de un período de doce (12) meses será gratuita. Podemos cobrarle un arancel razonable, basado en costos por cualquier otro pedido de una justificación que presente en el mismo período de doce (12) meses y le informaremos con anticipación sobre el arancel y le brindaremos una oportunidad para retirarse o modificar el pedido por otra justificación, a fin de evitar o reducir el arancel.

7. Su derecho a presentar un reclamo de que sus Derechos de Privacidad han sido infringidos

Si considera que sus derechos a la privacidad fueron infringidos o violados, puede presentarnos un reclamo en nuestra oficina y en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No ejerceremos ninguna represalia en su contra por presentar un reclamo de que sus derechos de privacidad han sido infringidos. Puede presentar un reclamo al comunicarse con nuestro Funcionario de Privacidad indicado a continuación.

La información relativa a la presentación del reclamo a la Secretaría se presenta a continuación.

Información de contacto

CHOICE of NY

Para obtener más información sobre los asuntos abarcados en esta Notificación, para solicitar un pedido sobre cualquier derecho de información de salud, o para presentar un reclamo de que sus derechos de privacidad han sido infringidos o violados, comuníquese con nuestro Funcionario de Privacidad indicado a continuación. Si lo desea, le brindaremos un formulario para que pueda presentar una demanda por escrito. No ejerceremos ninguna represalia en su contra por presentar un reclamo de que sus derechos de privacidad han sido infringidos.

Funcionario de Privacidad de CHOICE of NY

Teléfono: 914-727-2135

Dirección de la Oficina:

200 East Post Road

White Plains, NY 10601

Secretaría, Departamento de Salud y Servicios de Salud y Humanos de los EE.UU.

Puede presentar un reclamo de que sus derechos de privacidad han sido infringidos o violados a la Secretaría del Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los Estados Unidos. No ejerceremos ninguna represalia en su contra por presentar un reclamo a la Secretaría de que sus

CHOICE of NY
Notificación de Prácticas de Privacidad

derechos de privacidad han sido infringidos. El proceso de presentación de un reclamo a la Secretaría se explica en Internet en HHS.gov. Un reclamo a la Secretaría debe presentarse en el plazo de 180 días de la primera vez que conoce los motivos por los cuales cree que sus derechos de privacidad de información de salud fueron infringidos o violados, si bien el período de 180 días puede extenderse si presenta una "buena causa".

Puede presentar un Reclamo de Privacidad de Información de Salud con la Secretaría en línea a través del [Portal de Reclamo OCR](#) u obtener un Paquete del Formulario de Reclamo de Privacidad de Información de Salud para presentar, imprimir y enviar por correo, fax o correo electrónico. Si prefiere, puede presentar un reclamo escrito en su propio formato por correo o fax a la oficina de OCR en su región o por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov.

Si tiene alguna pregunta sobre la presentación del reclamo, puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina para los Derechos Civiles gratuita al 1-800-368-1019, DTS: 1-800-537-7697.