

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

**NEIGHBORHOOD HEALTH PROVIDERS y SUFFOLK HEALTH PLAN  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

La información sobre el cuidado de su salud, incluyendo el pago por éste, están protegidos por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés). Cualquier información relacionada con el VIH también está protegida por una ley de Nueva York, el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública. De acuerdo con estas leyes, Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plan no podrán divulgar ninguna información relacionada con su salud excepto lo permitido por ambas leyes.

**Cómo y cuándo podríamos divulgar su información de salud**

Entendemos que la privacidad de su información de salud es importante. Tomaremos medidas razonables para salvaguardar la información confidencial relacionada con su salud. Por lo general, debemos obtener su consentimiento por escrito antes de poder divulgar cualquier información sobre usted relacionada con el VIH.

***Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública:***

- Requiere que cualquier persona que se realice una prueba voluntaria de VIH debe firmar una forma de consentimiento. Esto significa que la persona entiende lo que la prueba representa y está de acuerdo en realizarla.
- Requiere que, con algunas excepciones, la información sobre la condición de VIH de una persona sólo pueda ser divulgada (compartida con otros) si la persona firma una forma de liberación de VIH o si la forma es firmada por el tutor legalmente asignado por la persona o el representante del cuidado de la salud.
- Se aplica a personas o instalaciones que proporcionan servicios de salud o sociales en forma directa y a cualquier persona que reciba información sobre una persona relacionada con el VIH de conformidad con una forma de liberación del VIH debidamente formalizada.
- Requiere que cualquier persona o instalación cuyo trabajo está cubierto por el Artículo 27-F y que recibe información relacionada con el VIH DEBE mantener esa información en forma confidencial según lo requiere la ley.

***¿Qué es información confidencial relacionada con el VIH?***

Es cualquier información que muestre que una persona:

- Se realizó una prueba relacionada con el VIH (como una prueba de anticuerpos del VIH, prueba de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR por sus siglas en inglés), prueba CD4 para el VIH, prueba de carga viral u otra prueba);
- Está infectada con el VIH, tiene una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA;
- Ha estado expuesto al VIH; o
- Tiene alguna de estas condiciones, incluyendo información sobre los contactos de la persona.

Hay algunas circunstancias en las que podemos divulgar información relacionada con el VIH sobre usted sin su consentimiento por escrito y son las siguientes:

- Para su tratamiento o la coordinación de su atención por parte de proveedores del cuidado de la salud (médicos) o cuando los profesionales en el equipo de tratamiento que están trabajando con el proveedor existente de la persona tengan que hablar unos con otros o con sus supervisores sobre información relacionada con el VIH de un paciente, pero sólo para proporcionar la atención necesaria. Se requiere una liberación general para divulgar información médica a un proveedor que no está afiliado con el proveedor médico actual de la persona.
- Para pagos como el cobro de primas, determinar su elegibilidad para recibir beneficios, reembolsar a proveedores del cuidado de la salud que le dan tratamiento y obtener pagos de otras compañías aseguradoras que pudieran ser responsables de proporcionarle su cobertura
- Para nuestras operaciones del cuidado de la salud que incluyen actividades para mejorar la calidad, evaluar el desempeño de nuestro plan de salud y resolver cualquier queja que pudiera tener;
- Al Departamento de Salud del Estado para supervisar la salud pública y para enviar avisos a su pareja;
- A una agencia autorizada en relación con la custodia tutelar o adopción de un niño;
- Para estudios médicos o en relación con transplantes de órganos, tejidos o fluidos;
- A las autoridades correspondientes cuando sea relevante para informar sobre la sospecha de un abuso o negligencia infantil o a un anciano;
- Según lo permita una orden del tribunal;
- En circunstancias limitadas cuando alguien pudo estar expuesto al VIH en el trabajo;
- En circunstancias limitadas un médico podría divulgar información relacionada con el VIH sobre un menor de edad al padre de familia o tutor de dicho menor;
- Para la donación de órganos o tejidos.

Podemos divulgar información general de salud (distinta a la información relacionada con el VIH) sobre usted sin su permiso por escrito en las siguientes circunstancias:

- Para su tratamiento o la coordinación de su atención por parte de proveedores del cuidado de la salud
- Para pagos como el cobro de primas, determinar su elegibilidad para recibir beneficios, reembolsar a proveedores del cuidado de la salud que le dan tratamiento y obtener pagos de otras compañías aseguradoras que pudieran ser responsables de proporcionarle su cobertura
- Para nuestras operaciones del cuidado de la salud que incluyen actividades para mejorar la calidad, evaluar el desempeño de nuestro plan de salud y resolver cualquier queja que pudiera tener;
- Según lo requieran las leyes estatales, federales o locales;
- Para actividades de salud pública;
- Para procesos administrativos y judiciales y determinados efectos de aplicación de la ley;
- A través de un acuerdo por escrito para contratistas externos (llamados colaboradores) que nos proporcionan servicios;
- Para funciones especializadas del gobierno como para efectos de seguridad nacional;
- Para instalaciones correccionales en cuanto a presos;
- Para directores de funerarias, forenses y médicos forenses;
- Para la Administración de Alimentos y Medicamentos para supervisar alimentos y su retiro del mercado;
- Para indemnizaciones a empleados
- Para la investigación si se cumple con ciertos requisitos;
- A personas involucradas en su atención.

Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plans  
 Servicios para Afiliados  
 PO Box 19769  
 Charlotte, NC 28219-9769

La siguiente es una lista de las formas en que podríamos usar y divulgar su información de salud. En algunos casos proporcionamos ejemplos de los tipos de usos o divulgaciones que pertenecen a una categoría específica. Estos ejemplos tienen la intención de ayudarlo a entender lo que significan estas categorías; no cubren cada tipo de uso o divulgación dentro de cada categoría. Cuando hacemos estas divulgaciones, debemos cumplir con leyes federales, estatales y locales que proporcionan protecciones especiales para la información de salud relacionada con ciertos tratamientos para el abuso del alcohol y las drogas.

1. Usos y divulgaciones para el pago de operaciones para el cuidado de la salud. Después de que nosotros o alguno de los programas del gobierno en los que participamos obtengamos su consentimiento general para usar y divulgar su información de salud para administrar sus beneficios y para otros efectos permitidos por las leyes estatales o federales, podríamos usar y divulgar su información de salud para los siguientes fines:

- a. *Tratamiento.* Por ejemplo, si lo está tratando uno de los proveedores del cuidado de la salud de nuestra red, podríamos divulgar información de salud a este proveedor relacionada con otros servicios para el cuidado de la salud que usted recibió que pudieran ser relevantes para el tratamiento del proveedor.
- b. *Pago.* Por ejemplo, si un proveedor del cuidado de la salud nos envía una factura por servicios que usted recibió, podríamos usar información de salud sobre usted para determinar si estos servicios están cubiertos por su plan de beneficios y el monto correcto de pago al que el proveedor tendría derecho.
- c. *Operaciones del cuidado de la salud.* Por ejemplo, podríamos compilar y revisar registros conservados por médicos y hospitales que lo han tratado para ver si le han proporcionado un tratamiento de prevención y otros servicios importantes de salud recomendados por las autoridades médicas.
- d. *Recordatorios de citas.* Podríamos usar y divulgar su información de salud para recordarle sobre las citas que ha hecho para recibir servicios para el cuidado de la salud o para alentarlos a que haga dichas citas.
- e. *Alternativas de tratamiento.* Podríamos usar y divulgar su información de salud para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían ser de interés para usted.

2. Usos y divulgaciones sin su consentimiento o autorización. Podríamos usar y divulgar su información de salud sin su autorización específica por escrito para los siguientes fines:

- a. *Según lo requiere la ley.* Podríamos usar y divulgar su información de salud según lo requieren las leyes estatales, federales o locales.
- b. *Para actividades de salud pública.* Podríamos divulgar su información de salud para la supervisión y las actividades de salud pública, como informar o prevenir brotes de enfermedades, enviar avisos a su pareja (en el caso de información relacionada con el VIH), informar sobre nacimientos, fallecimientos, abuso o negligencia infantil, violencia doméstica, problemas potenciales con productos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos o enfermedades transmisibles.
- c. *Para procesos administrativos y judiciales.* Podríamos divulgar su información de salud durante el curso de cualquier proceso administrativo o judicial en respuesta a una orden

Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plans  
Servicios para Afiliados  
PO Box 19769  
Charlotte, NC 28219-9769

del tribunal, orden de allanamiento o citatorio judicial por parte de un tribunal u órgano administrativo.

- d. *Para fines de aplicación de la ley.* Podríamos divulgar su información de salud a un oficial de aplicación de la ley para los siguientes fines: identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo o persona extraviada o para informar sobre un delito.
- e. *Para actividades de supervisión de salud.* Podríamos divulgar su información de salud a agencias de supervisión de la salud para las siguientes actividades autorizadas por la ley: (1) auditorías, investigaciones, inspecciones, incluyendo fraude e investigación de abuso; (2) medidas disciplinarias y para obtener permisos; (3) procesos civiles, administrativos o penales u otras actividades relacionadas con la supervisión del sistema para el cuidado de la salud; (4) programas de beneficios del gobierno; y (5) cumplimiento con programas reguladores del gobierno y leyes de derechos civiles.
- f. *Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.* Podríamos usar o divulgar su información de salud para prevenir o aminorar una amenaza seria e inmediata a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otra persona o del público en general
- g. *Para funciones especializadas del gobierno.* Si usted forma parte de las fuerzas armadas, podríamos divulgar su información de salud según lo requieran las autoridades militares. También podríamos divulgar su información de salud a oficiales federales autorizados para actividades de seguridad nacional. Además, podríamos divulgar información de salud sobre presos a instituciones correccionales en circunstancias limitadas.
- h. *Para indemnizaciones a empleados.* Podríamos usar o divulgar su información de salud para cumplir con las leyes de indemnización a empleados.
- i. *A personas involucradas en su atención.* Podríamos divulgar su información de salud a una persona que lo represente si usted así nos lo indica.

3. **Se requiere su autorización para otros usos y divulgaciones.** No usaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún fin **no especificado** en este Aviso de Prácticas de Privacidad **a menos que obtengamos su autorización expresa por escrito.** Si nos da su autorización, **podrá revocarla en cualquier momento**, en cuyo caso ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud para el fin que autorizó, excepto al grado en que hayamos dependido de su autorización para proporcionar beneficios. Aunque se requiere que firme una forma de consentimiento para poder proporcionarle beneficios, no podremos negarnos a registrarlo o seguir proporcionándole beneficios si decide no firmar una forma de autorización.

### **Sus derechos sobre su información de salud**

Tiene los siguientes derechos en cuanto a su información de salud:

1. **Derecho a ver y copiar.** Tiene derecho a ver u obtener una copia de su información de salud que conservamos y que podríamos usar para tomar decisiones sobre sus beneficios. En ciertas situaciones, podríamos rehusar su solicitud. Podríamos cobrarle una cuota razonable por las copias para cubrir nuestros costos. Puede pedir inspeccionar u obtener copias de su información escribiéndonos a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que se incluye en la parte inferior de esta página.

Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plans  
Servicios para Afiliados  
PO Box 19769  
Charlotte, NC 28219-9769

2. Derecho a solicitar correcciones. Tiene derecho a solicitar cambios a cualquier información de salud que conservemos sobre usted si establece una razón por la que esta información es incorrecta o está incompleta. Si rehusamos su solicitud para cambiar la información en nuestros registros, le notificaremos por escrito cómo puede hacer que su objeción a nuestra decisión sea incluida en nuestros registros. Puede solicitar cambios a nuestra información de salud escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que se proporciona en la parte inferior de esta página. Por favor incluya la fecha de la solicitud, su firma o la firma de su representante y la razón de la solicitud.

3. Derecho a un informe sobre divulgaciones. Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones de su información de salud que hemos hecho. La lista no incluirá divulgaciones hechas para ciertos fines como divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud o divulgaciones que autorizó por escrito. Su solicitud debe especificar el periodo que quiere que incluya esta lista, que puede ser de no más de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera vez que pida una lista de divulgaciones en cualquier periodo de 12 meses, se la proporcionaremos sin ningún costo. Si solicita listas adicionales durante un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota para cubrir nuestros costos por proporcionarle dichas listas. Puede solicitar una lista de divulgaciones escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página. Por favor incluya la fecha de la solicitud, su firma o la firma de su representante y la razón de la solicitud.

4. Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a pedir que se restrinjan los usos o las divulgaciones de su información de salud para el tratamiento, pago y las operaciones del cuidado de la salud. También tiene derecho a pedir que se restrinjan las divulgaciones a miembros de la familia o a otras personas involucradas en su atención. Aunque aceptáramos su solicitud, no se nos requiere que aceptemos estas restricciones. Puede solicitar una restricción para el uso o la divulgación de su información de salud escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página. Por favor incluya la fecha de la solicitud, su firma o la firma de su representante y la razón de la solicitud.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a pedirnos que le enviemos su información de salud en una forma distinta o a un lugar distinto si considera que podría estar en peligro usando nuestra forma habitual de comunicación. Por ejemplo, si tiene miedo de que alguien que viva con usted pudiera abrir el correo que le enviemos y dañarlo como resultado de esto, puede pedirnos que le enviemos su correo a la dirección de un pariente o su patrón. Necesitaremos que haga su solicitud por escrito. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables. Puede pedirnos que le enviemos su información de salud en una forma distinta o a un lugar distinto escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página. Por favor incluya la fecha de la solicitud, su firma o la firma de su representante y la razón de la solicitud.

6. Derecho a una copia en papel del aviso. Tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página. Por favor incluya la fecha de la solicitud, su firma o la firma de su representante y la razón de la solicitud.

## **Quejas**

Si considera que se han infringido sus derechos de privacidad conforme a la HIPAA, puede presentar una queja escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. También puede enviar una queja por escrito al Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 26 Federal Plaza, Suite 3313, New York, NY 10278.

Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plans  
Servicios para Afiliados  
PO Box 19769  
Charlotte, NC 28219-9769

Si considera que sus derechos han sido infringidos conforme al Artículo 27-F (que protege la confidencialidad de la información sobre usted relacionada con el VIH), puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y/o entablar una demanda. El Instituto para el SIDA del Departamento de Salud cuenta con una unidad de investigación especial que se encarga de las quejas conforme al Artículo 27-F. Su número telefónico directo es el 1-800-962-5065 o puede enviar una queja por escrito a Special Investigation Unit, AIDS Institute, New York State Department of Health, 90 Church Street, New York, NY 10007.

### **Cambios a este aviso**

Podríamos cambiar los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si cambiamos los términos de este Aviso, los nuevos términos se aplicarán a toda su información de salud ya sea que la hayamos creado o recibido antes o después de la fecha en que se cambie el Aviso. Le notificaremos sobre los cambios a este Aviso enviándole una copia del nuevo Aviso por correo en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que éste entre en vigor.

### **Información adicional**

Si tiene alguna pregunta o quisiera información adicional sobre este Aviso o nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página.

### **Fecha en vigor**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad entra en vigor a partir del 1 de noviembre de 2010.