

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DAR A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR, LEA CON ATENCIÓN.

**Neighborhood Health Providers d/b/a
SUFFOLK HEALTH PLAN
(PLAN DE SALUD SHP)
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Para brindarle los beneficios que le corresponden, Suffolk Health Plan (SHP) tiene que recolectar, crear y mantener información de su salud. Respetamos la confidencialidad de la información sobre su salud y la protegeremos con responsabilidad y profesionalismo. De acuerdo con la ley, SHP tiene que mantener la privacidad de esta información. Esta Notificación de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y dar a conocer la información sobre su salud. También le informa sobre los derechos asociados a esta información y cómo puede ejercerlos. De acuerdo con la ley, SHP tiene que proporcionarle esta Notificación y usted deberá cumplir con las condiciones durante el plazo de la misma.

Cómo podemos utilizar y dar a conocer su información

A continuación sigue una lista de las formas en que SHP puede utilizar y divulgar información sobre su salud. Utilizaremos y daremos a conocer información sobre su salud sólo para uno de los fines de esta lista. En ciertos casos, ofrecemos ejemplos de los tipos de usos o formas de dar a conocer la información dentro de una categoría en particular. El propósito de estos ejemplos es ayudarlo a comprender qué significan estas categorías; no cubren todos los tipos de usos ni formas de dar a conocer la información dentro de cada categoría. Por favor tome nota que, al dar a conocer esta información, SHP tiene que seguir las leyes federales, estatales y locales que brindan protección a la información sobre la salud relativa a ciertos tratamientos por abuso de alcohol y drogas.

1. Usos y formas de dar a conocer la información sobre pagos y operaciones de atención de la salud. Después que SHP, o alguno de los programas del gobierno en el cual participa haya obtenido su consentimiento general para utilizar y dar a conocer información sobre su salud a fin de proporcionarle beneficios y para otros propósitos autorizados por la ley estatal o federal, podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud para los siguientes propósitos:

a. *Tratamiento.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud para facilitar el tratamiento de los prestadores de atención de la salud. Por ejemplo, si uno de nuestros prestadores de atención de la salud lo está tratando, podremos dar a conocer a este prestador información sobre salud relativa a otros servicios de atención de la salud que usted haya recibido, y que puedan ser importantes para el tratamiento del prestador.

b. *Pago.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud para nuestras actividades de pagos. Nuestras actividades de pagos incluyen cobrar primas, determinar si cumple con las condiciones para recibir beneficios, realizar reintegros a los prestadores de atención de la salud que lo están tratando y obtener los pagos de las aseguradoras que sean responsables de ofrecerle cobertura. Por ejemplo, si un prestador de atención de la salud nos presenta una factura por servicios que usted recibió, podremos utilizar la información sobre su salud para determinar si estos servicios están cubiertos en su plan de beneficios y el monto adecuado del pago correspondiente al prestador.

c. *Operaciones de Atención de la Salud.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud para realizar operaciones de atención de la salud, incluyendo actividades de mejora de calidad, evaluación de nuestro desempeño y resolución de reclamos o quejas de usted. Por ejemplo, podremos recolectar y revisar los registros mantenidos por médicos y hospitales que lo han tratado para ver si le proporcionaron tratamiento preventivo y otros importantes servicios de atención de la salud recomendados por las autoridades médicas.

d. *Recordatorios de citas.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud para recordarle las citas que fijó para recibir servicios de atención de la salud o para recordarle que las fije.

e. *Alternativas de tratamiento.* Podremos utilizar y dar a conocer información de su salud para comentarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relativos a la salud que puedan resultarles de interés.

2. Usos y formas de dar a conocer información sin su consentimiento o autorización. SHP podrá utilizar y dar a conocer información sobre su salud sin su autorización específica por escrito para los siguientes fines:

a. *Según sea requerido por ley.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud según sea requerido por las leyes estatales, federales o locales.

b. *Para actividades de salud pública.* Podremos utilizar y dar a conocer información sobre su salud a las autoridades de salud pública u otros organismos y organizaciones que realizan actividades de salud pública, tal como la prevención o control de enfermedades, accidentes o incapacidades e informar nacimientos, fallecimientos, abuso de niños o negligencia, violencia familiar, problemas potenciales con productos regulados por la *Food and Drug Administration* [Administración de Drogas y Alimentos] o enfermedades contagiosas.

c. *Para procedimientos judiciales y administrativos.* Podremos dar a conocer información sobre su salud en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo para responder a una orden judicial o del organismo administrativo correspondiente.

d. *Para fines de aplicación de la ley.* Podremos dar a conocer información sobre su salud al organismo de aplicación de la ley para fines legítimos de aplicación de la ley tales como: identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo o persona desaparecida.

e. *Para supervisar actividades de salud.* Nosotros Podemos revelar su información de salud a los agencias de supervisión de la salud para las siguientes actividades de supervisión autorizadas por la ley: (1) auditorías, investigaciones, inspecciones, (2) la concesión de licencias o la disciplina de las acciones, (3) civiles, administrativas o penales, u otras actividades necesarias apropiado para la supervisión del sistema de salud; (4) programas de beneficios del gobierno, y (5) el cumplimiento de los programas gubernamentales de regulación y los derechos civiles leyes.

f. *Para evitar una seria amenaza a la salud o seguridad.* Podremos utilizar o dar a conocer información sobre su salud para evitar o reducir una amenaza seria e inmediata a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona o del público en general. Daremos a conocer información sobre su salud para este fin sólo a quien pueda evitar o reducir este tipo de amenaza.

g. *Para funciones especializadas de gobierno.* Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podremos dar a conocer información sobre su salud según sea requerido por las autoridades militares. También podremos dar a conocer información sobre su salud a los funcionarios federales autorizados para las actividades de seguridad nacional. Además, podremos dar a conocer información sobre la salud de internos a instituciones correccionales en ciertas circunstancias.

h. *Para indemnización laboral.* Podremos utilizar o dar a conocer información sobre su salud para cumplir con las leyes de indemnización laboral.

i. *Para personas que participan en su atención.* Podremos dar a conocer información sobre su salud a su representante si usted lo indica.

3. **Se requiere su autorización para otros usos y para dar a conocer información.** SHP no utilizará ni dará a conocer información sobre su salud para ningún propósito que **no esté especificado** en esta Notificación de Prácticas de Privacidad, **salvo cuando obtengamos su autorización expresa por escrito.** Si usted nos proporciona una autorización, **la podrá revocar en cualquier momento,** y en ese caso ya no utilizaremos más ni daremos a conocer información sobre su salud para el propósito autorizado por usted, salvo en la medida en que hayamos confiado en su autorización para proporcionarle beneficios. Aunque usted tiene que firmar un formulario de consentimiento para recibir los beneficios de SHP no podremos negarle inscribirse ni continuar proporcionándole beneficios si decide no firmar el formulario de autorización.

Sus derechos sobre la información de su salud

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información de su salud:

1. **Derecho a ver y copiar.** Tiene derecho a ver u obtener una copia de la información sobre su salud en nuestro poder y que podremos utilizar para tomar decisiones sobre sus beneficios. En ciertos casos, podremos negar su solicitud. Podremos cobrarle un cargo razonable por las copias para cubrir nuestros costos. Podrá solicitarnos inspeccionar u obtener copias de su información escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769.

2. **Derecho a solicitar modificaciones.** Tiene derecho a solicitar cambios en la información sobre su salud en nuestro poder si expresa el motivo por el cual esta información es incorrecta o incompleta. Si consideramos que los cambios solicitados no corresponden, le notificaremos por escrito cómo podrá incluir su objeción a nuestra decisión en nuestros registros. Podrá solicitar cambios a la información sobre su salud escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. Por favor incluya la fecha de la petición, su firma o la firma de su representante y la razón de la petición.

3. Derecho a una lista de la información dada a conocer. Tiene derecho a recibir una lista de la información dada a conocer sobre su salud por parte de SHP. Esta lista no incluirá la información dada a conocer para ciertos tipos de propósitos tales como información dada a conocer para tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud o información dada a conocer que usted autorizó por escrito. Su solicitud deberá especificar el período de tiempo para el cual desea la lista, que no podrá ser superior a seis años, ni podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera vez que solicita una lista de la información dada a conocer en cualquier período de 12 meses, la proporcionaremos sin cargo. Si solicita listas adicionales durante un período de 12 meses, podremos cobrarle un cargo a fin de cubrir nuestros costos para proporcionarle listas adicionales. Podrá solicitar una lista de la información dada a conocer escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. Por favor incluya la fecha de la petición, su firma or la firma de su representante y la razón de la petición .

4. Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar restricciones en las formas en que utilizamos y damos la conocer información sobre su salud para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud, o individuos que participan en su atención. Si bien podremos cumplir su solicitud, no estamos obligados a expresar nuestro acuerdo a estas restricciones. Usted podrá solicitar una restricción sobre el uso o la información dada a conocer sobre su salud escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. Por favor incluya la fecha de la petición, su firma or la firma de su representante y la razón de la petición .

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitarnos el envío de información sobre su salud en forma diferente o a un lugar diferente si considera que la forma de comunicación habitual puede ponerlo en peligro. Por ejemplo, si teme que alguien que vive con usted pueda abrir la correspondencia que le enviamos y puede perjudicarlo, nos puede solicitar enviar su correspondencia a la dirección de un pariente o de su empleador. Le solicitaremos que efectúe su pedido por escrito. Cumpliremos con todas las solicitudes que sean razonables. Nos podrá solicitar que enviemos la información sobre su salud de una forma diferente o a un lugar diferente escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. Por favor incluya la fecha de la petición, su firma or la firma de su representante y la razón de la petición . .

6. Derecho a una copia impresa de la notificación. Tiene derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación de Prácticas de Privacidad en todo momento escribiéndonos a Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. Por favor incluya la fecha de la petición, su firma or la firma de su representante y la razón de la petición .

Reclamos

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, podrá presentar un reclamo a SHP por favor envíe su reclam a Member Services [Servicios para los Afiliados] P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769. No iniciaremos ninguna acción en su contra por presentar un reclamo. También podrá enviar un reclamo por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU

Cambios a esta Notificación

SHP podrá cambiar los términos de esta Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si cambiamos los términos de esta Notificación, los nuevos términos se aplicarán a toda la información sobre su salud, ya sea creada o recibida por nosotros antes o después de la fecha en que se cambia la Notificación. Le notificaremos los cambios a esta Notificación enviándole una copia de la nueva Notificación por correo, dentro de los 60 días de la fecha de vigencia.

Información adicional

En caso que tenga preguntas o si desea información adicional sobre esta Notificación o las prácticas de privacidad de SHP, por favor contáctese con: Member Services, P.O. Box 19769 Charlotte, North Carolina, 28219-9769.

Fecha de vigencia

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad está vigente a partir del 15 de Agosto de 2009.