

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN Y CUÁLES SON SUS DERECHOS COMO AFILIADO DEL PLAN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE ESTA NOTIFICACIÓN ES EL 1.º de septiembre de 2019

En la HMO de Montefiore, su privacidad es considerada muy importante, y estamos comprometidos a proteger la información de salud que lo identifica (“Información de salud”). Este Aviso le brinda información sobre distintas formas en las que podremos usar y divulgar su Información de salud. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de la Información de salud. La ley exige que preservemos la privacidad de la Información de salud que lo identifica, que le enviemos esta notificación sobre nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su Información de salud, y que cumplamos con los términos de nuestro Aviso que se encuentren en vigencia. Le enviamos esta notificación porque nuestros registros indican que le brindamos beneficios de atención administrada a largo plazo.

MODIFICACIONES A ESTE AVISO

Debemos cumplir con los términos de este aviso hasta que lo reemplacemos, y nos reservamos el derecho de modificar los términos en cualquier momento. Si realizamos alguna modificación, lo revisaremos y enviaremos un nuevo Aviso de privacidad a todas las personas que debamos notificar. Nos reservamos el derecho de aplicar las nuevas modificaciones a su información médica administrada por nosotros antes y después de la fecha de entrada en vigencia del nuevo aviso.

CÓMO USAMOS O COMPARTIMOS INFORMACIÓN

En este aviso, cuando hablamos de “información” o “información de salud”, nos referimos a información que recibimos directa o indirectamente de parte suya a través de formularios de inscripción, tales como su nombre, domicilio y otros datos demográficos, información de sus transacciones con nosotros o nuestros proveedores, tales como la historia clínica, los tratamientos médicos, las recetas, los reclamos y las visitas médicas, las solicitudes de servicios médicos y la información de apelaciones o quejas; o información financiera relacionada con su elegibilidad para programas de salud gubernamentales o su pago de primas.

USOS Y DIVULGACIÓN PERMITIDOS SIN SU PREVIO CONSENTIMIENTO O AUTORIZACIÓN

A continuación mencionamos distintas formas en las que podemos usar o divulgar información sobre usted:

Para fines de tratamientos de parte de proveedores de atención médica: Podemos divulgar su información de salud a su médico, bajo solicitud del médico, para que le preste tratamiento, utilizar la información para ayudar a pagar las facturas médicas que nos han enviado los médicos y hospitales o compartir su información con sus médicos u hospitales para ayudarlos a brindarle atención médica. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podemos darles acceso a cualquiera de los registros médicos que nos haya

enviado su médico. Podemos utilizar o compartir su información con otros para ayudarlos a administrar su atención médica. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para sugerirle un tratamiento para una enfermedad o un programa de bienestar que podría ayudar a mejorar su salud.

La información relacionada con los servicios de administración de atención médica que se le ofrecen será guardada en el sistema de registros electrónicos del Sistema de Salud Montefiore (Montefiore Health System) y estará disponible para los proveedores de atención médica y personal de Montefiore involucrados en su cuidado médico.

Operaciones de atención de salud: Podemos usar o divulgar su información de salud para llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento a terceros que nos ayudan en tareas de gestión, planificación o desarrollo de nuestras operaciones comerciales, a socios comerciales autorizados para realizar servicios de recopilación de datos, o como parte de la administración de casos o la coordinación de los servicios de atención médica. No compartiremos su información con estos grupos externos salvo que garanticen la protección de la información. En algunas situaciones podemos revelar su información de salud a otra entidad cubierta exclusivamente para las actividades de operación de servicios de salud y cumplimiento de las disposiciones contra fraude y abuso en los servicios de salud de la entidad que recibe su información de salud.

Servicios de atención de salud: Podemos utilizar o compartir su información para brindarle información sobre tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud que le podrían interesar. Por ejemplo, es posible que le enviemos información sobre asma, control de la diabetes o programas para dejar de fumar. No vendemos su información a grupos externos que pueden estar interesados en venderle productos o servicios, como compañías de venta por catálogo. Es posible que revelemos su información de salud a nuestros socios comerciales para que nos asistan con estas actividades.

Según disposición legal: Las legislaciones estatales y federales pueden exigir que revelemos su información de salud a terceros. Es posible que exijan que les proporcionemos información a las agencias estatales y federales que nos regulan, como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, los Departamentos de Salud del Estado y de la Ciudad de Nueva York, los Distritos Locales de Servicio Social y el Procurador General del Estado de Nueva York.

También es posible que usemos y revelemos información de salud para los siguientes fines:

- para brindar información a agencias de salud pública si consideramos que existe un problema de salud grave o una amenaza para la seguridad;
- para brindar información a un tribunal o una agencia administrativa (por ejemplo, en virtud de una orden judicial, citación u orden de protección infantil);
- para brindar información a una autoridad gubernamental sobre abuso infantil, negligencia o violencia doméstica, o brindar información para efectos de aplicación de la ley;
- para compartir información para actividades de salud pública;
- para compartir información relativa a funciones gubernamentales especializadas, como actividades militares y de veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia, y servicios de protección del Presidente y otros;

- para fines investigativos en circunstancias limitadas;
- para un investigador forense, examinador médico o director de funeraria sobre una persona fallecida;
- para una organización de obtención de órganos en circunstancias limitadas;
- para evitar una grave amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de terceros.

USOS Y DIVULGACIÓN PERMITIDOS SIN SU PREVIO CONSENTIMIENTO O AUTORIZACIÓN

Si no se aplica ninguna de las razones mencionadas anteriormente, debemos obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud. Si usted nos proporciona permiso por escrito para usar o divulgar su información personal de salud y luego cambia de opinión, usted puede revocar su permiso por escrito en cualquier momento. Su revocación tendrá vigencia para toda la información médica que conservamos, salvo con respecto a las acciones de divulgación que hayamos tomado previamente en virtud de su autorización.

SUS DERECHOS EN VIRTUD DE LA LEY HIPAA

A continuación figuran sus derechos con respecto a la información de salud que conservamos. Usted puede enviarnos una solicitud por escrito para ejercer uno o más derechos en relación con su información de salud.

- **Usted tiene derecho a solicitar que le enviemos una copia de este aviso** por correo postal en caso de que haya recibido este aviso por otros medios que no sean el correo de EE. UU.
- **Usted tiene derecho a solicitar copias de su información de salud.** En situaciones limitadas, no estaremos obligados a acceder a su solicitud (por ej., en caso de que solicite información contenida en las notas de terapia psicológica, información reunida en razonable previsión de acciones legales civiles, penales o administrativas o para ser utilizada en tales eventos, e información sujeta a determinadas leyes federales que rigen los productos biológicos y laboratorios clínicos). En ciertas otras situaciones, podremos denegar su pedido de inspeccionar u obtener una copia de su información. Si rechazamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito y es posible que le indiquemos que tiene derecho a que se revise la denegación.
- **Usted tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la forma en que usamos o divulgamos su información para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.** También tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la información que se nos ha solicitado que entreguemos a sus familiares o a otras personas involucradas en su atención o en el pago por su atención de salud. Aunque podamos acceder a su solicitud, no estamos obligados a aceptar estas restricciones, salvo que usted o un tercero que no sea el plan de salud paguen la totalidad del tratamiento.
- **Usted tiene derecho a presentarnos instrucciones especiales en relación a cómo le enviamos información del plan que contiene información de salud protegida.** Por ejemplo, usted puede solicitar que le enviemos su información a través de un medio específico (como fax o correo de EE. UU.) o a un domicilio específico si usted considera que le haríamos daño al enviarle su información por otros medios (por ejemplo, en situaciones en las que hay disputas o violencia doméstica). Tendremos en cuenta sus solicitudes siempre que sean razonables como se explicó anteriormente.

Aunque solicite que nos comuniquemos con usted a través de medios alternativos, podremos proporcionarle la información de costos al titular del contrato.

- **Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información que conservamos sobre usted en su grupo designado de registros.** Un “grupo designado de registros” es el grupo de registros que utilizamos para tomar decisiones que lo afectan, entre otras, decisiones sobre inscripción, pago, adjudicación de reclamos y registros de administración de casos.
- **Tiene derecho a solicitarnos que realicemos modificaciones a la información que conservamos sobre usted en su grupo designado de registros.** Estos cambios se conocen como enmiendas. Su solicitud por escrito debe incluir una razón. Si realizamos la enmienda se lo notificaremos. Además, le proporcionaremos la enmienda a cualquier persona que sepamos que ha recibido su información de salud. También les proporcionaremos la enmienda a otras personas que usted identifique. Las denegaciones de las solicitudes para realizar enmiendas serán comunicadas por escrito junto con una explicación del motivo de la denegación. Usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito.
- **Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información que hayamos realizado durante los seis años previos a su solicitud.** No se requiere que le proporcionemos un informe de lo siguiente:
 - divulgaciones por tratamientos, pagos y operaciones de atención de salud;
 - divulgaciones a usted, a su representante personal o a terceros con su autorización;
 - divulgaciones relacionadas con formas de uso o divulgaciones permitidas sin su autorización;
 - divulgaciones realizadas a personas involucradas en su atención o para otros fines de notificación;
 - divulgaciones realizadas con fines de seguridad nacional o de inteligencia;
 - divulgaciones realizadas a institutos correccionales, funcionarios de cumplimiento de las leyes u otras agencias de supervisión de salud;
 - divulgaciones realizadas como parte de un conjunto limitado de datos para investigación, salud pública o para operaciones de atención de salud.
- **Usted tiene derecho a que se le envíe una notificación si se viola la confidencialidad de su Información de salud.** Si alguien obtiene, utiliza o divulga su Información de salud en forma indebida y esto constituye una "Violación" de su Información de salud según la ley, se lo notificaremos por escrito.

SUS DERECHOS COMO AFILIADO

- Usted tiene derecho a recibir la atención médica necesaria.
- Usted tiene derecho a acceder de manera oportuna a atención y a servicios médicos.

- Usted tiene derecho a la privacidad en relación con su historia clínica y los tratamientos que recibe.
- Usted tiene derecho a obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles en forma clara y en un idioma que comprenda.
- Usted tiene derecho a recibir la información en un idioma que comprenda y a obtener servicios de interpretación sin cargo.
- Usted tiene derecho a obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.
- Usted tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
- Usted tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y a solicitar que se modifiquen o corrijan dichos registros.
- Usted tiene derecho a formar parte de las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Usted tiene derecho a no ser objeto de ninguna forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Usted tiene derecho a obtener atención independientemente de su sexo, raza, condición de salud, discapacidad, color, edad, origen nacional, orientación sexual, identidad o expresión de género, apariencia física, estado civil o religión.
- Usted tiene derecho a recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, por ejemplo, cómo puede obtener beneficios cubiertos por parte de proveedores que no pertenecen a la red en caso de que no se encuentren disponibles en la red del plan.
- Usted tiene derecho a presentar reclamos al Departamento de Salud del Estado de Nueva York o a su Departamento Local de Servicios Sociales y a utilizar el sistema de audiencia imparcial del Estado de Nueva York y/o una apelación externa del Estado de Nueva York, cuando corresponda.
- Usted tiene derecho a designar a otra persona para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
- Usted tiene derecho a solicitar asistencia a través del programa de Defensa de los Participantes.

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS EN VIRTUD DE LA LEY HIPAA

Si desea ejercer los derechos establecidos por la ley HIPAA que se describen en este aviso, comuníquese con nuestra Oficina de Cumplimiento (los datos se encuentran más abajo) de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. por teléfono o por escrito. Le proporcionaremos la información y los formularios necesarios para que complete y presente en nuestra oficina. En algunos casos, es posible que le cobremos una tarifa



determinada por el costo de llevar a cabo su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o sobre cómo usamos o compartimos información, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento:

Montefiore HMO Compliance Office (Oficina de Cumplimiento de la HMO de Montefiore)
200 Corporate Boulevard South
Yonkers, New York 10701
Teléfono: 1-914-378-6200
Correo electrónico: cmocompliance@montefiore.org

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS COMO AFILIADO

Si le gustaría ejercer sus derechos como afiliado, comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicios a los Afiliados llamando al **1-855-55-MONTE (1-855-556-6683)** para recibir asistencia.

RECLAMOS

Si considera que hemos transgredido su privacidad o sus derechos como afiliado, tiene derecho a presentar un reclamo ante nuestras oficinas o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU. Usted puede presentar un reclamo llamando a la Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Montefiore, que atiende las 24 horas del día, los 365 del año. Todas las llamadas son confidenciales y puede realizar llamadas anónimas.

No iniciaremos acciones en su contra por haber presentado una queja ante nuestras oficinas o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Montefiore: 1-800-662-8595
Sitio web: www.montefiore.alertline.com
Montefiore HMO Compliance Office (Oficina de Cumplimiento de la HMO de Montefiore)
200 Corporate Boulevard South
Yonkers, New York 10701

Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles)
U.S. Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)
Jacob Javits Federal Building, Suite 3312
New York, New York 10278
Líneas directas de la OCR - Voz: 212-264-3313;
TDD: 212-264-2355
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov
Sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/>