AVISO DE PRIVACIDAD

Human Resources Administration
Department of Social Services

MAP-2020c (S) 11/26/2024

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.

El programa de Medicaid de Nueva York debe informarlo de cómo usamos, compartimos y protegemos su información médica. El programa de Medicaid de Nueva York incluye Medicaid común y Cuidado Administrado de Medicaid. El programa lo administran el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y el Departamento de Servicios Sociales local.

Su información médica es privada.

Estamos obligados a mantener la privacidad de su información, a compartirla solo cuando sea necesario y a seguir las prácticas de privacidad que figuran en este aviso. Debemos tomar recaudos especiales para proteger el nombre de las personas que reciben servicios por VIH/SIDA o por consumo de drogas y alcohol.

¿Qué información médica tiene el programa de Medicaid de Nueva York?

Cuando solicitó Medicaid, es posible que nos haya dado información sobre su salud. Cuando los médicos, las clínicas, los hospitales, los planes de cuidado administrado y otros proveedores de atención médica envían reclamos de pago, también recibimos información sobre su salud, sus tratamientos y sus medicamentos.

¿Cómo usa y comparte su información médica el programa de Medicaid de Nueva York?

Debemos compartir su información médica cuando:

- **Usted o su representante piden su información médica.**
- **Alguna agencia del gobierno pide la información que permite la ley, por ejemplo, en caso de auditoría.**
- **La ley nos obliga a compartir su información.**

En su solicitud de Medicaid, usted le dio derecho al programa de Medicaid de Nueva York a usar y compartir su información médica para pagar la atención que usted reciba y para operar el programa. Por ejemplo, usamos y compartimos su información para:

- **Pagar las facturas de su médico, hospital o proveedor de atención médica.**
- **Asegurar que reciba atención médica de calidad y que se hayan cumplido todas las reglas y leyes.**

Podemos revisar su información médica:

- **Para determinar si recibió el procedimiento médico o el equipo de atención médica correctos.**
- **Para comunicarnos con usted para informarlo de cambios importantes en sus beneficios médicos.**
- **Para asegurarnos de que esté inscrito en el programa médico adecuado.**
- **Para cobrarles a otras compañías de seguro.**

- **Para determinar la elegibilidad para la Parte D de Medicare o para otros programas de seguro que puedan ser más económicos para usted.**

También podemos usar y compartir su información médica en circunstancias limitadas para:

- **Estudiar la atención médica.** Podemos consultar la información médica de muchos clientes para encontrar maneras de dar una mejor atención médica.
- **Prevenir o responder a problemas médicos o de seguridad graves para usted o para su comunidad, según lo permitan las leyes federales y estatales.**

Se necesita su autorización por escrito para todos los demás usos y revelaciones:

- **Notas de psicoterapia**
- **Usos y revelaciones de información médica protegida con fines de marketing, incluyendo las comunicaciones de tratamientos subsidiados**
- **Revelaciones que constituyan la venta de su información médica protegida**

Debemos tener su autorización por escrito para usar o compartir su información médica con cualquier fin que no esté mencionado en este aviso, a menos que estemos obligados a hacerlo por las leyes que nos rigen.

¿Cuáles son sus derechos?

Usted o sus representantes tienen derecho a:

- Obtener una copia de este aviso en papel.
- Consultar u obtener una copia de su información médica. Si su solicitud se rechaza, tiene derecho a revisar el rechazo.
- Pedir que se modifique su información médica. Analizaremos todas las solicitudes, pero no podemos modificar facturas enviadas por el médico, la clínica, el hospital u otro proveedor de atención médica.
- Pedir que se limite cómo usamos y compartimos su información. Analizaremos todas las solicitudes, pero no estamos obligados a aceptar lo que nos pida, excepto si la ley nos obliga a hacer una revelación de este tipo.
- Pedirnos que nos comuniquemos con usted de otra manera para hablar de su información de atención médica (por ejemplo, puede pedirnos que le enviemos correspondencia a otra dirección).
- Pedir formularios especiales que usted firme y que nos permitan compartir su información médica con las personas que usted elija. Puede cancelar el permiso en cualquier momento, siempre y cuando la información no se haya compartido.
- Obtener una lista de quienes recibieron su información médica. Esa lista no incluirá la información médica que usted o su representante hayan pedido, la información que usemos para operar el programa de Medicaid de Nueva York ni la información entregada por motivos relacionados con las fuerzas del orden.
- Recibir un aviso cuando se viole su información médica protegida sin asegurar.

Consulte el sitio web de la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York para obtener una copia electrónica de este aviso (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York para ver una versión alternativa (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/notepriveng.htm).

***Usted no será penalizado por presentar una queja. Si cambiamos la información de este aviso, publicaremos la versión modificada en nuestro sitio web en:**

(https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)

¿Tiene alguna condición médica, de salud mental o discapacidad? ¿Le dificulta esta condición entender este aviso o hacer lo que se pide en él? ¿Le dificulta esta condición recibir otros servicios en la HRA? **Podemos ayudarlo.** Llámenos al 888-692-6116. También puede pedir ayuda cuando visite una oficina de la HRA. Según la ley, usted tiene derecho a pedir este tipo de ayuda.