

## AVISO DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE QUÉ MANERA USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.**

**El programa Medicaid de Nueva York debe indicarle cómo usamos, divulgamos y protegemos su información médica. El programa Medicaid de Nueva York incluye el plan común de Medicaid y el plan de Atención Administrada de Medicaid. El programa está administrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health) y los departamentos locales de servicios sociales (Local Departments of Social Services).**

### **Su información médica es confidencial.**

Tenemos la obligación de mantener la confidencialidad de su información, divulgar su información solo cuando sea necesario y respetar las prácticas de privacidad descritas en este aviso. Debemos tomar medidas especiales para proteger los nombres de las personas que reciben tratamiento para el VIH/SIDA (HIV/AIDS) o para el consumo de alcohol y drogas.

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

Es posible que, cuando solicitó Medicaid, nos haya proporcionado información sobre su salud. Cuando sus médicos, clínicas, hospitales, planes de atención administrada y otros proveedores de atención médica envían reclamos de pago, nosotros también obtenemos información sobre su salud, sus tratamientos y sus medicamentos.

### **¿Cómo usa y divulga su información médica el programa Medicaid de Nueva York?**

Debemos divulgar su información médica en los siguientes casos:

- **Usted o su representante solicitan acceder a la información.**
- **Las agencias gubernamentales solicitan la información según lo permitido por la ley, como en el caso de las auditorías.**
- **La ley nos exige que divulguemos su información.**

En su solicitud de Medicaid, usted le otorgó al programa Medicaid de Nueva York el derecho a usar y divulgar su información médica para poder pagar su atención médica y operar el programa. Por ejemplo, usamos y divulgamos su información para lo siguiente:

- **Pagar las facturas emitidas por su médico, hospital o proveedor de atención médica.**
- **Garantizar que reciba atención médica de calidad y que se haya cumplido con todas las normas y leyes.**

Es posible que revisemos su información médica para lo siguiente:

- **Determinar si recibió el procedimiento médico adecuado o el equipo de atención médica correcto.**
- **Informarle sobre cambios importantes en sus beneficios de salud.**
- **Garantizar que esté inscrito en el programa de salud correcto.**
- **Cobrar los pagos de otras compañías de seguro.**
- **Determinar la elegibilidad para la Parte D de Medicare u otros programas de seguro que puedan ser más económicos para usted.**

Además, podemos usar y divulgar su información médica en circunstancias limitadas para lo siguiente:

- **Estudiar la atención médica.** Podemos consultar la información médica de muchos consumidores para encontrar formas de brindar una mejor atención médica.
- **Prevenir o solucionar problemas graves de salud o seguridad suyos o de su comunidad según lo permitido por la ley federal y estatal.**

Se requiere su autorización por escrito para otros usos y divulgaciones:

- **Notas de psicoterapia.**
- **Usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de comercialización, incluidas las comunicaciones de tratamientos subsidiados.**
- **Divulgaciones que constituyen una venta de su información médica protegida.**

Debemos tener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica para cualquier otro propósito que no se mencione en este aviso, a menos que debamos hacerlo conforme a las leyes que nos rigen.

### ¿Cuáles son sus derechos?

Usted o sus representantes tienen derecho a lo siguiente:

- Recibir una copia impresa de este aviso.
- Consultar su información médica o recibir una copia de esta. Si su solicitud es denegada, tiene derecho a revisar la denegación.
- Solicitar que se modifique su información médica. Analizaremos todas las solicitudes, pero no podremos modificar las facturas enviadas por su médico, clínica, hospital u otro proveedor de atención médica.
- Solicitar que se limite el modo en que usamos y divulgamos su información. Analizaremos todas las solicitudes, pero no tenemos la obligación de aceptar lo que solicita, a menos que la ley nos exija hacerlo.
- Solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con la información sobre su atención médica de diferentes formas (por ejemplo, puede solicitar que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente).
- Solicitar formularios especiales que puede firmar para autorizarnos a divulgar su información médica a cualquier persona o entidad que usted elija. Puede retirar la autorización en cualquier momento, siempre y cuando la información todavía no se haya divulgado.
- Obtener una lista de las personas que recibieron su información médica. Esta lista no incluirá la información médica que solicitaron usted o su representante, la información que se utilizó para operar el programa Medicaid de Nueva York ni la información que se divulgó para fines del cumplimiento de la ley.
- Recibir notificación si se produce una violación de su información médica protegida sin garantías.

Visite el sitio web de la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Human Resources Administration) para obtener una copia electrónica de este aviso ([https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy\\_notice.pdf](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 consultar una versión alternativa ([https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm)).

**\*Usted no será sancionado por presentar una queja. Si modificamos la información incluida en este aviso, publicaremos la versión modificada en nuestro sitio web:**

([https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy\\_notice.pdf](https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf))

**¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda.** Llámenos al **888-692-6116**. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.