

Aviso de Prácticas de privacidad

Su información Sus
derechos

Nuestras responsabilidades





WellLife Network Inc.
Oficinas Ejecutivas
1985 Marcus Ave.
Suite 100
New Hyde Park, NY 11042
718.559.0516
www.WellLifeNetwork.org

Tabla de contenidos

- Introducción 2
- Sus derechos con la información de salud 3
- Sus opciones sobre lo que compartimos 5
- Nuestros Usos y Divulgaciones sin Autorización 5
- Nuestros Usos y Divulgaciones con Autorización 7
- Nuestras responsabilidades de mantener su privacidad 10
- Si tiene preguntas, póngase en contacto con 11

Aviso de Prácticas de Privacidad

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

En virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), WellLife Network Inc. ("WellLife") está obligada por ley a mantener la privacidad de la información de salud que lo identifica, llamada información de salud protegida (PHI), y a notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. WellLife está comprometida con la protección de su PHI y hará todos los esfuerzos razonables para garantizar la confidencialidad de su PHI, según lo requieran los estatutos y reglamentos. Nos tomamos muy en serio este compromiso y trabajaremos con usted para cumplir con su derecho a recibir cierta información en virtud de la HIPAA.

Compartiremos su información médica protegida con terceros "socios comerciales" que realizan diversas actividades para la Agencia. Siempre que un acuerdo entre nuestra Agencia y un socio comercial implique el uso o la divulgación de su información médica protegida, tendremos un contrato escrito que contendrá términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida.

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y
DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO
PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

1. Obtenga una copia de su expediente médico impreso o electrónico. Usted puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted de las siguientes maneras:

- Llamando al **718-559-0553**, enviando su solicitud por fax al **347-682-2858** o enviando un correo electrónico a **HIM-Recordsfacility@welllifenetwork.org**

Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

2. Pídanos que corriamos su expediente médico impreso o electrónico.

- Puede pedirnos que corriamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta.
- Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

3. Solicitar comunicaciones confidenciales.

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las **solicitudes razonables**.

4. Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos.

- Puede pedirnos **que no** usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con su seguro de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

5. Obtén una lista de las personas con las que hemos compartido información.

- Puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

6. Obtenga una copia de este aviso de privacidad.

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

7. Elige a alguien para que actúe en tu nombre.

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

8. Presente una queja si cree que se violaron sus derechos.

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con el Oficial de Cumplimiento y Privacidad Corporativo al 718-559-0536 o con la línea directa de cumplimiento de WellLife al 866-713-2331.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de EE. UU. y Oficina de Servicios Humanos para los Derechos Civiles enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 877-696-6775, o visitando
- <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones sobre lo que compartimos

En el caso de cierta información de salud, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

No compartiremos ninguna información de identificación de las siguientes maneras a menos que nos dé permiso por escrito:

- Finalidad de marketing
- Venta de su información
- Compartir notas de psicoterapia (a menos que lo requiera una orden judicial o lo solicite una entidad gubernamental)

En el caso de la recaudación de fondos:

Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no volvamos a comunicarnos con usted.

Nuestros Usos y Divulgaciones sin Autorización

Podemos usar y/o divulgar su información por muchas razones diferentes. En ciertas situaciones, que se describen en este aviso, se debe obtener su autorización por escrito para usar y/o divulgar su PHI. Sin embargo, no se requiere su autorización por escrito para los siguientes usos y/o divulgaciones por parte de WellLife para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud, con la información más limitada posible, de las siguientes maneras:

Para tratarle

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. *Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su salud general.*

Para dirigir nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestro negocio, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. *Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*

Para facturar sus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. *Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras que no requieren autorización (excepto con respecto a cierta información altamente confidencial descrita en este documento), generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con las retiradas de productos
- Reporte de reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investiga

Usaremos o compartiremos su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes locales, estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si así lo desea para asegurarnos de que cumplimos con las leyes federales de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información de salud

- Para reclamos de compensación para trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con las agencias de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Usos y divulgaciones con autorización por escrito

Debemos solicitar su autorización por escrito para cualquier otro uso y/o divulgación de su PHI que no se haya descrito anteriormente. Si usted nos autoriza a usar y/o divulgar su PHI, puede revocar posteriormente la autorización y detener cualquier uso o divulgación futura de su PHI bajo esa autorización previa. Usted puede revocar una autorización presentando una solicitud por escrito de dicha revocación al programa WellLife donde recibió los servicios o comunicándose con el Oficial de Privacidad de WellLife.

Información altamente confidencial

Ciertas leyes estatales y federales requieren protecciones especiales de privacidad para cierta información altamente confidencial sobre usted, incluido el subconjunto de su PHI que: (i) se mantiene en notas de psicoterapia; (ii) se refiere a los servicios de tratamiento de salud mental que proporcionamos; (iii) se trata de servicios para el abuso o la adicción al alcohol o las drogas mediante programas de uso de sustancias operados por nosotros; o (iv) involucre información genética o información sobre el VIH/SIDA ("Información Altamente Confidencial"). Por lo general, debemos obtener su autorización para divulgar cualquier información altamente confidencial sobre usted, pero podemos divulgar

sin obtener previamente su autorización en las siguientes circunstancias:

1. Notas de psicoterapia. En general, no usaremos ni divulgaremos información registrada por un profesional de la salud mental para documentar o analizar conversaciones con usted en terapia, a menos que usted nos autorice a hacerlo. Sin embargo, podemos usar o divulgar dicha PHI sin su autorización para los siguientes propósitos:
 - (a) El profesional de la salud que registró la información puede: usarlo para tratarlo;
 - (b) en situaciones limitadas, podemos usar o divulgar dicha PHI en relación con la capacitación en consejería de salud mental que ocurre en una de nuestras instalaciones;
 - (c) podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia para defendernos contra cualquier procedimiento legal iniciado por usted; y
 - (d) podemos usar o divulgar nuestra PHI para cumplir con la ley, la salud pública, la supervisión de la salud o para evitar daños.
2. Tratamiento de salud mental. La información sobre su tratamiento de salud mental puede ser utilizada o divulgada a aquellos que le brindan tratamiento. También se puede divulgar a las entidades responsables de pagar su atención, como las compañías de seguros, pero solo se divulgará la cantidad de información necesaria para fines de pago. Si nos preguntan y creemos que es lo mejor para usted, podemos decirle a su abogado, a su tutor o curador (si lo hay) o a un miembro de su familia que usted es un paciente, a menos que usted nos diga que no lo hagamos. Si usted es un paciente, es posible que le digamos al defensor de salud mental su nombre y cuándo comenzó su tratamiento, a menos que usted nos diga que no lo hagamos.

La información sobre su tratamiento de salud mental puede divulgarse cuando lo ordene un tribunal o cuando lo exija la ley, como denunciar sospechas de abuso infantil o informes al departamento de salud u otras agencias reguladoras. También podemos usar o divulgar información de tratamiento de salud mental con fines de evaluación del programa o investigación en circunstancias limitadas. En una emergencia, la información sobre su tratamiento de salud mental puede usarse o divulgarse para evitar que alguien (incluido usted) sufra daño. Si usted es menor de edad, sus registros de tratamiento de salud mental pueden ser divulgados a su padre o tutor bajo ciertas circunstancias.

3. Registros de tratamiento de drogas y alcohol. La confidencialidad de la PHI relacionada con el consumo de alcohol y drogas que se mantiene gracias a los programas de prevención y uso de sustancias que podemos operar, está protegida por las leyes y reglamentos federales. En general, no podemos decirle a una persona fuera del programa que usted asiste al programa, ni divulgar ninguna información que lo identifique como consumidor de alcohol o drogas a menos que:

- (a) Usted da su consentimiento por escrito
- (b) es para programar al personal con el propósito de proporcionar tratamiento y mantener el registro clínico;
- (c) en virtud de un acuerdo con un socio comercial (por ejemplo, laboratorios clínicos, farmacia, servicios de almacenamiento de registros, servicios de facturación);
- (d) para investigación, auditoría o evaluaciones (por ejemplo, revisión de licencias estatales, acreditación, informes de datos de programas según lo requiera el gobierno estatal y/o federal);
- (e) para denunciar un delito cometido en las instalaciones del programa o contra el personal del programa;
- (f) al personal médico en una emergencia médica/psiquiátrica;
- (g) a las autoridades correspondientes para denunciar sospechas de abuso o negligencia infantil;
- (h) para reportar ciertas enfermedades infecciosas según lo requiera la ley estatal; o
- (i) según lo permita una orden judicial.

Las leyes y regulaciones federales no protegen ninguna PHI sobre sospecha de abuso o negligencia infantil para que no se informe bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes. (Véase 42 U.S.C.

290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3 para las leyes federales y 42 CFR parte 2 para las regulaciones federales).

4. Información relacionada con el VIH/SIDA. La información relacionada con el VIH/SIDA está sujeta a protección especial en virtud de la legislación de Nueva York. Divulgaremos su información relacionada con el VIH/SIDA a otras personas que no estén calificadas para actuar como su representante personal sin su autorización por escrito de la siguiente manera:

- (a) a los proveedores de atención médica para fines de tratamiento o pago;
- (b) a un proveedor de atención de emergencia o trabajador de la salud que esté expuesto accidentalmente a fluidos corporales potencialmente infecciosos;
- (c) a una agencia gubernamental según lo requiera la ley;
- (d) a las aseguradoras de salud para fines de reembolso si la información es necesaria para pagar la atención;
- (e) en respuesta a una orden judicial especial emitida por un juez;
- (f) al personal médico y a otro personal de supervisión que proporcionan o supervisan servicios si usted se encuentra en la cárcel o prisión, o uno habla;
- (g) agencias de supervisión o agencias gubernamentales que están autorizadas a tener acceso a los registros médicos cuando sea necesario para supervisar, monitorear o administrar servicios de salud o servicios sociales; o
- (h) según lo permita la ley.

Nuestras responsabilidades:

La ley nos obliga a:

- Mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Informarle de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Siga las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entréguele una copia de este.
- No usar ni compartir su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

*[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/
noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)*

Menores de edad y representantes personales

En la mayoría de las situaciones, los padres, tutores y/u otras personas con responsabilidades legales por menores (niños menores de 18 años) pueden ejercer los derechos descritos en este Aviso en nombre del menor.

Sin embargo, hay situaciones en las que los menores pueden ejercer por sí mismos los derechos descritos en este Aviso y los padres o tutores del menor no.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Si tienes alguna pregunta

No dude en llamar o enviar un correo electrónico:

Oficial de Privacidad de WellLife Network,
Barbara Selden, al 718-559-0536 o
barbara.selden@welllifenetwork.org

Además del contacto anterior, la agencia cumple con las leyes aplicables del estado de Nueva York con respecto a los problemas de confidencialidad del cliente.

Esta página se dejó en blanco intencionadamente.



Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento y Consentimiento

Se me ha informado sobre cómo WellLife Network Inc. puede usar y divulgar mi información de salud y cómo puedo obtener acceso y controlar esta información.

Al firmar a continuación, reconozco que he revisado el documento del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de WellLife Network Inc. y entiendo que puedo obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad para mis registros si lo solicito.

Firma de la persona notificada o representante personal	Fecha
---	-------

Escriba el nombre de la persona a la que se hizo la entrega legal o de su representante personal	Fecha
--	-------

Descripción de la autoridad del representante personal	Fecha
--	-------

(Si la Persona Notificada o el Representante Personal se niega a firmar, indíquelo a continuación junto con su nombre, fecha y firma)

La Persona Notificada o el Representante Personal se niega a firmar este Reconocimiento y Consentimiento

Nombre	Firma de la red WellLife Inc. Representante	Fecha
--------	---	-------



www.WellLifeNetwork.org Tel: 718.559.0516