

# Aviso de prácticas de privacidad

Tu información

Tus derechos

Nuestras responsabilidades



8 de abril de 2022



WellLife Network Inc.  
Executive Offices  
142-02 20th Avenue, Flushing, NY  
11351 718.559.0516  
[www.WellLifeNetwork.org](http://www.WellLifeNetwork.org)

---

# Contenido

- Introducción .....2
- Tus derechos sobre tu información de salud .....3
- Tus opciones sobre lo que compartimos .....5
- Nuestros usos y divulgaciones sin autorización.....5
- Nuestros usos y divulgaciones con autorización.....7
- Nuestras responsabilidades para mantener tu privacidad ..... 11
- Contacto para preguntas ..... 12

---

## Aviso de prácticas de privacidad

Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

En virtud de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, WellLife Network Inc. ("WellLife") está obligada a mantener la privacidad de la información de salud que te identifica, llamada información de salud protegida (protected health information, PHI), y a notificarte nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. WellLife está comprometida a proteger tu PHI y hará todos los esfuerzos necesarios para garantizar la confidencialidad de tu PHI, como lo establecen los estatutos y reglamentos. Nos tomamos este compromiso muy en serio y trabajaremos junto a ti para cumplir con tu derecho a recibir cierta información de acuerdo con la ley HIPAA.

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

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR TU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDES TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. TE PEDIMOS QUE LO LEAS DETENIDAMENTE.**

---

## Cuando se trata de la información sobre tu salud, tienes ciertos derechos

Esta sección explica cuáles son tus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarte.

1. **Obtener una copia de tu expediente médico impreso o en formato digital.** Puedes solicitar que se te permita ver o se te entregue una copia digital o impresa de tu registro médico y de otra información de salud que tengamos sobre ti, ya sea:

- Llamando al (718) 559-0553, enviando la solicitud por fax al (718) 359-2381, o por correo electrónico a [HIM-Recordsfacility@welllifenetwork.org](mailto:HIM-Recordsfacility@welllifenetwork.org)

Te proporcionaremos una copia o un resumen de tu información de salud, dentro del plazo de 30 días de haberla solicitado. Es posible que cobremos una tarifa razonable, basada en los costos.

2. **Solicitar la corrección de tu registro médico en formato impreso o digital.**

- Puedes pedirnos que corrijamos la información sobre tu salud que consideres que es incorrecta o que está incompleta.
- Podemos rechazar tu solicitud, pero te informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

3. **Solicitar comunicaciones confidenciales.**

- Puedes indicarnos que nos pongamos en contacto contigo de una manera específica (por ejemplo, a través del teléfono de tu casa u oficina) o que te enviemos el correo a una dirección diferente.
- Responderemos positivamente a todas las peticiones razonables.

4. **Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos.**

- Puedes solicitar que **no** utilicemos o compartamos cierta información de salud relacionada con tratamientos, pagos o nuestras actividades. No estamos obligados a aceptar tu solicitud, y podemos rechazar tu solicitud si esto afecta tu atención médica.
- Si pagas el importe total de un servicio o artículo de atención médica de tu bolsillo, puedes solicitar que no compartamos esa información con tu aseguradora médica. Diremos que “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

---

**5. Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información.**

- Puedes solicitar una lista de las veces que hemos compartido tu información de salud, de con quién la hemos compartido y el motivo, sobre los seis años previos a tu solicitud.
- Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas relacionadas con tratamientos, pagos y servicios de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos solicitaste hacer). Te proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicitas otro más en un plazo de 12 meses.

**6. Obtener una copia de este aviso de privacidad.**

- Puedes solicitar una copia impresa de esta notificación, aunque hayas aceptado recibirla por vía electrónica. Te proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.

**7. Solicitar que una persona actúe en tu nombre.**

- Si has designado a alguien como tu apoderado legal médico, o tienes un tutor legal, esa persona puede ejercer tus derechos y tomar decisiones sobre tu información de salud.
- Antes de que tome cualquier decisión, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en tu nombre.

**8. Presentar una queja si consideras que se están violando tus derechos.**

- Si sientes que hemos violado tus derechos, puedes presentar una queja contactando al Oficial de Privacidad y Cumplimiento Corporativo al (718) 559-0536 o a la línea de cumplimiento de WellLife Network al (866) 713-2331.
- Puedes presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al (877) 696-6775, o visitando la página <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/html>
- No tomaremos represalias contra ti si presentas una queja.

---

## Tus opciones sobre lo que compartimos

Para cierta información de salud, puedes elegir tus opciones sobre lo que compartimos.

Si tienes una preferencia clara en cuanto a la forma en que compartimos tu información en las situaciones que se describen a continuación, habla con nosotros. Explícanos qué quieres que hagamos, y seguiremos tus instrucciones.

En estos casos, tienes tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos la información con tu familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en tu cuidado
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre

Si no puedes comunicarnos tus preferencias, por ejemplo, si estás inconsciente, podemos proceder a compartir tu información si creemos que es lo más conveniente para ti. También podemos compartir tu información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

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

- Para fines de marketing
- Para vender tu información
- Compartir anotaciones de psicoterapia (a menos que lo exija una orden judicial o lo solicite una entidad gubernamental)

En caso de una recaudación de fondos:

Es posible que te contactemos para recaudar fondos, pero puedes decirnos que no te contactemos nuevamente.

## Nuestros usos y divulgaciones sin autorización

Podemos usar y/o revelar tu información por diversas razones. En determinadas situaciones, que se describen en este aviso, debemos obtener tu autorización por escrito para poder utilizar y/o dar a conocer tu información de salud protegida. Sin embargo, tu autorización por escrito no es obligatoria para los siguientes usos y/o divulgaciones por parte de WellLife para tratamientos, pagos o servicios de atención médica.

---

Normalmente utilizamos o compartimos tu información médica de las siguientes maneras:

### **Para proporcionarte tratamiento**

Podemos utilizar tu información de salud y compartirla con otros profesionales que te están tratando. Ejemplo: Un médico que te está tratando por una lesión consulta a otro médico sobre tu estado de salud general.

### **Para dirigir nuestra organización**

Podemos utilizar y compartir tu información de salud para llevar a cabo nuestro negocio, mejorar tu cuidado y contactarte cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos la información sobre tu salud para administrar tu tratamiento y servicios.

### **Para facturar los servicios que te proporcionemos**

Podemos utilizar y compartir tu información de salud para facturar y obtener pagos de planes médicos o de otras entidades. Ejemplo: Proporcionamos información sobre ti a tu plan de seguro médico para que pague por los servicios que recibes.

## **¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir tu información de salud?**

Se nos permite o exige que compartamos tu información de otras maneras que no requieren autorización (con la excepción de cierta información altamente confidencial descrita en ella), normalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir tu información para estos fines.

Para obtener más información, consulta:

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

### **Ayuda en cuestiones de salud pública y seguridad**

Podemos compartir tu información de salud para determinadas situaciones, como por ejemplo:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con la retirada de productos del mercado
- Reportes de reacciones adversas a medicamentos
- Reportes de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona



---

## **Hacer investigaciones**

Usaremos o compartiremos tu información para investigaciones médicas.

## **Cumplir con la Ley**

Compartiremos tu información si las leyes locales, estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quisiera comprobar que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

## **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información sobre tu salud con organizaciones de donación de órganos.

## **Colaborar con un médico forense o director de funeraria**

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

## **Encargarse de la compensación de los trabajadores, de la aplicación de la ley y de otras peticiones gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir información sobre tu salud

- Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con organismos de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno como el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

## **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir información sobre tu salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## **Usos y divulgaciones con autorización escrita**

Debemos pedirte tu autorización por escrito para cualquier otro uso y/o divulgación de tu PHI que no hayamos descrito arriba. Si nos autorizas a usar y/o divulgar tu PHI, puedes revocar la autorización posteriormente y suspender cualquier uso o divulgación futura de tu PHI de una autorización previa. Puedes revocar una autorización proporcionando una solicitud por escrito de dicha revocación al programa de WellLife donde recibiste los servicios o comunicándote 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 ti, incluyendo el subconjunto de tu PHI que: (i) se mantenga en notas de psicoterapia; (ii) se relacione con servicios para el tratamiento de la salud mental proporcionados por nosotros; (iii) se refiera a servicios relacionados con el abuso o adicción al alcohol o las drogas por parte de nuestros programas contra el abuso de sustancias; o (iv) se trate de información sobre genética o sobre el VIH/SIDA (“Información altamente confidencial”). Por lo general, debemos obtener tu autorización para revelar cualquier información altamente confidencial sobre ti, pero podemos revelarla sin tener que obtener tu autorización previamente en las siguientes circunstancias:

1. Notas de psicoterapia. En general, no utilizaremos ni revelaremos la información registrada por un profesional de la salud mental con el fin de documentar o analizar las conversaciones mantenidas contigo en tus terapias, a menos que nos autorices a hacerlo. Sin embargo, podemos utilizar o divulgar dicha información de salud protegida sin tu autorización para los siguientes fines:
  - (a) el profesional de la salud que la registró puede usarla para tratarte;
  - (b) en situaciones limitadas, podemos usar o revelar esta PHI en conexión con la capacitación de profesionales de salud mental en una de nuestras instalaciones;
  - (c) podemos usar o revelar tus notas de psicoterapia para defendernos de cualquier procedimiento legal que emprendas; y
  - (d) podemos usar o revelar nuestra PHI para cumplir con la ley, la salud pública, la supervisión de la salud, o para evitar daños.
  
2. Tratamiento de la salud mental. La información relacionada con tu tratamiento de salud mental puede utilizarse o darse a conocer a las personas que te están proporcionando el tratamiento. También se podrá divulgar a las entidades responsables del pago de tu cuidado, como las aseguradoras, pero solo se divulgará la información que sea necesaria para el pago. Si nos lo solicitan y creemos que es lo mejor

---

para tus intereses, podemos decirle a tu abogado, a tu tutor o custodio (si lo hay), o a un miembro de tu familia que eres un paciente, a menos que nos indiques que no lo hagamos. Si eres un paciente, podemos decirle al especialista en salud mental cuál es tu nombre y cuándo comenzó tu tratamiento, a menos que nos indiques que no lo hagamos.

La información relacionada con tu tratamiento de salud mental puede darse a conocer cuando lo ordene un tribunal o cuando lo exija la ley de otra manera, como por ejemplo, para denunciar un posible abuso infantil o reportes al departamento de salud o a otros organismos reguladores. También podemos utilizar o divulgar información sobre tu tratamiento de salud mental para fines de evaluación o investigación de programas en circunstancias limitadas. En caso de emergencia, la información relacionada con tu tratamiento de salud mental puede utilizarse o revelarse para evitar que alguien (incluido tú) resulte perjudicado. Si eres menor de edad, tus registros de tratamiento de salud mental pueden revelarse a tu padre o tutor bajo ciertas circunstancias.

3. Registros de tratamiento contra el abuso de drogas y alcohol. La confidencialidad de la PHI relacionada con el uso de alcohol y drogas, que se mantiene en los programas de prevención y contra el abuso de sustancias que podemos administrar, está protegida por la ley y las regulaciones federales. En general, no podemos decirle a una persona ajena al programa que tú asistes al mismo, ni revelar información que te identifique como consumidor de alcohol o drogas, a menos que:
- (a) des tu consentimiento por escrito
  - (b) sea para programar servicios con nuestro personal para el propósito de proveer tratamiento y mantener el registro clínico;
  - (c) sea en virtud de un acuerdo con un colaborador comercial (por ejemplo, laboratorios clínicos, farmacias, servicios de almacenamiento de registros, servicios de facturación);
  - (d) sea para investigaciones, auditorías o evaluaciones (por ejemplo, la revisión de licencias estatales, la acreditación, el informe de datos de programas según lo requerido por el gobierno estatal y/o federal);

- 
- (e) sea para denunciar un delito cometido en las instalaciones del programa o contra el personal del programa;
  - (f) sea para el personal médico en caso de una emergencia médica o psiquiátrica;
  - (g) sea para que las autoridades competentes informen de sospechas de maltrato o descuido de niños;
  - (h) sea para reportar ciertas enfermedades infecciosas como lo requiere la ley estatal; o
  - (i) en caso que lo permita una orden judicial.

Las leyes y reglamentos federales no protegen la PHI y puede informarse en caso de sospechas de abuso o negligencia infantil, según la ley estatal, a las autoridades estatales o locales correspondientes. (Consulta 42 U.S.C. 290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3 sobre las leyes federales y 42 CFR parte 2 sobre las regulaciones federales).

4. Información relacionada con el VIH/SIDA. La información relacionada con el VIH/SIDA está sujeta a una protección especial en virtud de la ley del estado de New York. Revelaremos tu información relacionada con el VIH/SIDA a otras personas que no estén calificadas para actuar como tu representante personal sin tu autorización por escrito, de la siguiente manera:

- (a) a los proveedores de atención médica para fines de tratamiento o de pago;
- (b) a un proveedor de atención de emergencias o a un trabajador de la salud que se exponga accidentalmente a fluidos corporales potencialmente infecciosos;
- (c) a una agencia del gobierno de conformidad con 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 algún otro personal de supervisión que preste o monitoree los servicios si estás en prisión o en libertad condicional;

- 
- (g) organismos de supervisión o agencias gubernamentales que tienen autorización para tener acceso a los expedientes médicos cuando sea necesario a fin de supervisar, vigilar o administrar el servicio de salud o el servicio social; o
  - (h) según lo permita la ley.

## **Nuestras responsabilidades:**

La ley nos obliga a:

- Mantener la privacidad y la seguridad de tu información de salud protegida.
- Informarte sin demora si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de tu información.
- Cumplir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarte una copia del mismo.
- No utilizar o compartir tu información de otra manera que no sea la que se describe en este documento a menos que nos autorices por escrito a hacerlo. Si nos autorizas, puedes cambiar de opinión en cualquier momento. Avísanos por escrito si cambias de opinión.

### **Para más información, consulta:**

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

## **Representantes personales y de menores**

En la mayoría de las situaciones, los padres, tutores y/o otras personas con responsabilidades legales sobre menores de edad (menores de 18 años) pueden ejercer los derechos que se describen en este Aviso en nombre del menor. Sin embargo, hay situaciones en las que los menores pueden ejercer por sí mismos los derechos que se describen en este Aviso, y los padres o tutores del menor no pueden hacerlo.

## **Cambios en los términos de este aviso**

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

---

## **Si tienes alguna pregunta**

No dudes en llamar o enviar un correo electrónico a:

- WellLife Network Privacy Officer, Lauren Gasparine al (718) 559-0536 o [lauren.gasparine@welllifenetwork.org](mailto:lauren.gasparine@welllifenetwork.org)

Además del contacto anterior, las agencias cumplen con las leyes aplicables del estado de New York en lo que respecta a la confidencialidad de los clientes.



## Aviso de Aceptación y Consentimiento de las Prácticas de Privacidad

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia de este **Aviso de Prácticas de Privacidad** y, por lo tanto, se me ha informado cómo mi información de salud puede ser utilizada y divulgada por la agencia y cómo puedo obtener acceso a esta información y controlarla.

---

Firma de la persona notificada o del representante personal Fecha

---

Nombre en letra de molde de la persona notificada o del representante personal Fecha

---

Descripción de la autoridad del representante personal Fecha

(Si la persona notificada o el representante personal se niegan a firmar, indíquelo a continuación junto con su nombre, fecha y firma)

La persona notificada o el representante personal se rehúsan a firmar este Aviso de Aceptación y Consentimiento

---

Nombre Firma del representante de WellLife Network Inc. Fecha



[www.WellLifeNetwork.org](http://www.WellLifeNetwork.org) TEL (718) 559.0516