

**El Acta de la Transportabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996**

**El Health Center, Inc. (Centro de Salud) de The New York Hotel Trades Council y Hotel Association of New York City, Inc.**

**Health Benefits Fund (Fondo de Beneficios de Salud - “Fondo”) de The New York Hotel Trades Council y Hotel Association of New York City, Inc.**

**Aviso de Prácticas acerca de la Confidencialidad**

## **Nuestra Responsabilidad Legal**

El Centro de Salud y el Fondo reconocen la confianza que nuestros miembros nos dan y la importancia de proteger la confidencialidad de la información personal, financiera, no pública, y relacionada a la salud, que obtenemos de ellos o de parte de ellos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información médica. También estamos requeridos por ley proveerle con este aviso acerca de nuestros procedimientos de confidencialidad (“Aviso”), nuestras obligaciones legales, y sus derechos con respeto a su información médica.

Este Aviso está supuesto aplicar a las operaciones del Centro De Salud y del Fondo. Cuando mencionamos algo “suyo,” nos referimos a Ustedes, los miembros, y sus dependientes cubiertos.

Usted puede pedir una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestros procedimientos de confidencialidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros, refiriéndose a la información al final de este Aviso.

### **La Información que el Centro de Salud y el Fondo Mantiene**

Obtenemos información sobre la salud de nuestros miembros de las siguientes fuentes:

1. Información que recibimos de aplicaciones de eilibilidad y inscripción, y datos demográficos de otros formularios, tal como nombre, dirección, fecha de nacimiento, y número de Seguro Social.
2. Información sobre pagos y transacciones que Usted ha tenido con nosotros, con nuestros afiliados, y con otras empresas con las que tenemos una relación formal comercial con el fin de rendir servicios de cuidado de salud.

### **Nuestros Usos y Revelaciones de su Información Médica**

Ahora que Usted ha recibido este Aviso, la ley nos permite revelar su información médica sin el consentimiento o la autorización de Usted, cuando tal revelación es necesaria para ayudarnos en proveer su cuidado de salud y sus beneficios de cuidado de salud. Usamos y revelamos información médica acerca de Usted en las siguientes maneras:

### **Tratamiento**

El Centro de Salud y el Fondo pueden revelar su información médica a doctores, enfermeras, hospitales, y otros proveedores de cuidado de salud, para coordinar su cuidado médico y servicios relacionados, o para proveerle a Usted recordatorios preventivos o información sobre otras opciones de tratamiento.

### **Pago**

El Centro de Salud y el Fondo pueden usar y revelar su información médica con el fin de pagar cuentas de doctores, hospitales, y otros que le han proveído servicios a Usted bajo el Fondo, o para determinar la elegibilidad de Usted para recibir ciertos beneficios, o para examinar la necesidad médica y explicar los beneficios y pagos.

### **Operaciones Organizacionales de Cuidado de Salud**

El Centro de Salud y el Fondo pueden usar o revelar su información médica como parte del proceso de operaciones regulares de la organización relacionadas a la provisión de cuidado médico, como para asegurar la calidad de servicio, para medir la utilización de servicios, para contabilidad y supervisión interna, para acreditación oficial, y para actividades regulares relacionadas a los seguros.

### **Usted y Su Autorización**

El Centro de Salud y el Fondo están obligados a revelar su información médica a Usted mismo, tal como se indica en la Sección de este

Aviso sobre Los Derechos de Usted. Usted puede darnos autorización escrita para usar su información médica o revelarla a cualquier persona. Si Usted da tal autorización, puede revocarla en cualquier momento. Su revocación no afectará los usos y las revelaciones que la autorización permitió mientras esta estaba vigente. Sin su autorización escrita, no usaremos ni revelaremos su información por ninguna razón, excepto los usos indicados en este Aviso.

### **Su Familia y Sus Amigos**

El Centro de Salud y el Fondo pueden revelar a un pariente, a un amigo, o a otra persona que Usted indica está involucrada en su cuidado el pago de costos para tal cuidado, la información médica de Usted que tiene relevancia a esa persona. Podemos usar o revelar su nombre, ubicación, y condición general, para notificar a un pariente o amigo sobre la situación de Usted. Si Usted está presente, le daremos la oportunidad de oponerse antes de que revelemos su información médica a estas personas. Si Usted está incapacitado o si hay una emergencia, es posible que revelemos su información médica a estas personas, si juzgamos que la revelación sería beneficiosa para Usted.

### **Patrocinador del Plan (incluye el Hotel Trades Council y el empleador de Usted)**

El Fondo puede revelar su información médica y la información médica de otros miembros del Fondo, al patrocinador del plan, para propósitos administrativos, pero sólo cuando el patrocinador concuerda en certificar que tiene procesos internos suficientes para asegurar la confidencialidad de la información. Por favor, vea la Enmienda HIPAA en el resumen del plan, proveído por el Fondo, para una explicación completa de los usos y revelaciones limitados que el patrocinador puede hacer con su información médica, al fin de realizar la administración interna. El Fondo también puede revelar datos sumarios sobre los miembros del Fondo al patrocinador del plan, para obtener precios beneficiosos de proveedores de cuidado de salud, o para decidir si este quiere modificar, enmendar, o terminar el plan de beneficios de salud del Fondo. La información sumaria que podemos revelar excluiría todos los datos individuales sobre Usted, para que Usted no pueda ser identificado.

### **Empresas Asociadas**

El Centro de Salud y el Fondo pueden usar y revelar información sobre la salud de Usted con empresas contratadas, agentes, y otras organizaciones asociadas, que necesitan esta información para ayudarnos en obtener pagos o en otras operaciones de nuestra organización. Unos ejemplos de este tipo de asociados son consultores, contadores, abogados, administradores de reclamaciones de farmacias, y otras entidades delegadas. Si revelamos su información a un asociado nuestro, tendremos un contrato escrito que asegure que nuestro asociado proteja la confidencialidad de la información médica de Usted.

### **Autoridades Regulatorias y Oficiales**

El Centro de Salud y el Fondo pueden revelar su información médica a una variedad de autoridades regulatorias y oficiales. Por ejemplo, podemos compartir información con las agencias que vigilan la salud y los seguros, como el Departamento de Salud del Estado de New York, el Departamento de Seguros, y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., para cumplir con peticiones de revisión de cuentas, para obtener licencias requeridas, o como parte de un procedimiento de disciplina. También podemos compartir información con agencias oficiales y policiales, para cumplir con una orden judicial de provisión de documentos, o para ubicar un acusado, un testigo, o una persona desaparecida. Podemos compartir información durante ciertas campañas oficiales de salud pública o de recuperación de un desastre, como con relación a los Centros para la Controlación de Enfermedades, y para estudiar la transmisión de enfermedades contagiosas. Además, podemos compartir información con las apropiadas autoridades gubernamentales para reportar el

abuso de un niño, la negligencia de un niño, o una instancia de violencia doméstica. También podemos revelar información sobre una persona difunta, con un examinador médico o un director fúnebre, como necesario, para que estos puedan llevar a cabo sus obligaciones, o con las instituciones apropiadas, como necesario, para el trasplante de órganos, ojos, o tejido.

*Ni el New York Hotel Trades Council y Hotel Association of New York City, Inc., Fondo de Beneficios de Salud ni el Centro de Salud, Inc., Revelará Su Información Médica Sin Su Autorización Escrita, Excepto Si Tal Revelación es un Uso o Revelación Permitida, Tal Como Se Indica Arriba.*

### **Los Derechos de Usted**

#### **Acceso**

Usted tiene el derecho de ver o obtener copias de su información médica, información sobre el pago y ajuste de sus reclamaciones médicas, y sus archivos médicos, con ciertas excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener su información médica. Puede obtener un formulario para pedir acceso en cualquiera de los Centros de Salud o por medio de la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. Intentaremos responder a su petición dentro de 30 días, excepto si necesitamos 30 días adicionales.

#### **Resumen de Revelaciones**

Usted tiene el derecho de recibir una lista de todas las instancias cuando nosotros o nuestros asociados revelaron su información médica, par un propósito que no fuera tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, y ciertos otros propósitos limitados. Usted tiene el derecho de tal resumen para los últimos seis años antes de su petición, siempre que este no sea antes de abril 14, 2003. Le daremos la fecha en que hicimos una revelación, el nombre de la persona u organización a la que revelamos la información médica, una descripción de la información revelada, la razón por la revelación, y cierta información adicional. Intentaremos responder a su petición dentro de 60 días, excepto si necesitamos 30 días adicionales. Proveen un resumen gratis cada 12 meses. Podemos cobrar para resúmenes adicionales pedidos dentro de 12 meses, pero le avisaremos a Usted de antemano la cantidad que cobraremos, y le daremos la oportunidad de revocar o modificar su petición.

#### **Pedidas de Restricción**

Usted tiene el derecho de pedir que el Centro de Salud y el Fondo pongan restricciones adicionales sobre nuestro uso o revelación de su información médica para tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud, o para restringir que revelemos su información a ciertas personas que Usted indique. No estamos obligados a consentir a tales peticiones, pero si estamos de acuerdo, respetaremos el acuerdo que hacemos con Usted.

#### **Comunicaciones Confidenciales**

Usted tiene el derecho de pedir que comuniquemos con Usted confidencialmente acerca de su información médica, o que comuniquemos con usted por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Debe hacer su petición por escrito, y debe indicar que la información podría ponerlo a Usted en peligro si no se comunica confidencialmente según su petición. El Centro de Salud y el Fondo acomodarán su petición si es razonable, si indica los medios o ubicaciones alternativas, y si no nos impide en nuestras operaciones.

#### **Modificación**

Usted tiene el derecho de pedir que modifiquemos su información médica. Es posible que el Centro de Salud y el Fondo requieran que Usted entregue su petición por escrito y que dé una explicación de la petición. Responderemos a su petición dentro de 60 días, y es posible que extendamos ese período por 30 días más. Si hacemos la modificación, notificaremos a Usted que hemos hecho el cambio, y

proveeremos la enmienda a cualquier persona que, según sabemos, ya ha recibido su información médica, tanto como a cualquier otra persona que Usted indique. Si negamos su petición, le notificaremos por escrito de la razón por el rechazo, y le avisaremos de su derecho de entregar por escrito una expresión de su desacuerdo o querrela. Este documento, si Usted lo pide, puede ser incluido junto a su información médica para cualquier revaluación en el futuro.

#### **Aviso Electrónico**

Si Usted recibe este Aviso por medio de nuestro sitio de internet, tiene el derecho de recibirlo por escrito. Por favor, póngase en contacto con nosotros por medio de la información listada al final de este Aviso para obtener este Aviso en forma escrita.

### **La Confidencialidad y la Seguridad de Información de Salud Protegida**

El Centro de Salud y el Fondo restringen el acceso a la información médica de Usted a aquellos empleados que necesitan saber esa información para rendirle ciertos servicios a Usted. Tenemos procedimientos de seguridad físicos y electrónicos, y reglas internas, que sirven para asegurar la confidencialidad de la información protegida sobre la salud de nuestros miembros. Los empleados que violan nuestras reglas y prácticas de seguridad de datos pueden ser disciplinados y hasta despedidos de sus puestos.

#### **Preguntas y Quejas**

Si Usted quiere más información sobre nuestras prácticas de confidencialidad, o si tiene preguntas o preocupaciones, por favor póngase en contacto con nosotros por medio de la información al final de este Aviso. Si piensa que quizás hemos violado sus derechos de confidencialidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado acerca de su información médica, o respondiendo a una petición que Usted hizo para modificar o restringir el uso o la revelación su información médica, o respondiendo a su petición de comunicación confidencial a una ubicación alternativa o a través de un medio alternativo, puede quejarse de esa decisión o respuesta por medio de la información de contacto al final de este Aviso. También puede entregar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Le daremos la dirección para entregar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. si Usted nos la pide.

El Centro de Salud y el Fondo apoyan el derecho de Usted de proteger la confidencialidad de su información médica. No tomaremos ninguna forma de represalia si Usted elige entregar una queja a nosotros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

#### **Información de Contacto**

Privacy Officer (Oficial Encargado de Confidencialidad)  
The New York Hotel Trades Council and Hotel Association  
of New York City, Inc.,  
Health Benefits Fund and Health Center, Inc.  
305 West 44th Street  
New York, NY 10036

212.586.6400  
[www.hotelfunds.org](http://www.hotelfunds.org)

**Vigente a partir de abril 14, 2003**