

## **Aviso de prácticas de privacidad del proveedor**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO DETENIDAMENTE.**

**Vigente a partir del 1 de enero de 2024**

Este aviso se aplica a los proveedores mencionados a continuación<sup>1</sup> que forman parte

de una entidad cubierta afiliada a efectos del cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (“HIPAA”). Nosotros, como entidades afiliadas, podemos utilizar y compartir su información de salud entre nosotros para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

La ley nos obliga a proteger la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este aviso, que explica cómo podemos utilizar la información sobre usted y cuándo podemos revelar o “divulgar” esa información a terceros. Usted también tiene derechos en relación con su información de salud que se describen en este aviso. La ley nos obliga a respetar los términos de este aviso que actualmente está en vigencia.

Los términos “información” o “información de salud” en este aviso incluyen la información que conservamos y que pueda utilizarse razonablemente para identificarlo, y que esté relacionada con su estado de salud física o mental, la prestación de atención médica o el pago de dicha atención médica. Cumpliremos los requisitos de las leyes de privacidad aplicables en relación con la notificación en caso de violación de su información de salud.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si realizamos un cambio material en nuestras prácticas de privacidad, y si contamos con un sitio web, publicaremos una copia del aviso revisado en nuestro sitio web. Si contamos con un centro de entrega física, también colocaremos

---

<sup>1</sup> Este Aviso de prácticas de privacidad de la información médica se aplica a los siguientes proveedores afiliados a Optum, Inc.: Optum Medical Care, P.C. y Optum Medical Care of New Jersey, P.C.; ProHEALTH Ambulatory Surgery Center, Inc; ProHEALTH Urgent Care Medicine, PLLC; Crystal Run Healthcare Physicians LLP y Crystal Run Ambulatory Surgical Center of Middletown, LLC.

una copia en nuestra oficina. El aviso también estará disponible a solicitud. Nos reservamos el derecho de hacer uso de un aviso revisado o modificado para la información que ya tenemos y para la que recibamos en el futuro.

### **Recopilación, uso y divulgación de la información**

**Nosotros** recopilamos, usamos y divulgamos su información de salud para proporcionar dicha información:

- A usted o a quien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal), con el fin de administrar sus derechos según lo descrito en este aviso; y
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), si es necesario, para confirmar que cumplimos con nuestras obligaciones de privacidad.

**Podemos** recopilar, usar y divulgar información de salud para su tratamiento, para la facturación de su atención médica y para las cuestiones operativas de nuestra empresa. Por ejemplo, podemos recopilar, usar y divulgar su información de salud:

- **Para el pago**, incluido el pago de los servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos recopilar, o divulgar, información de su plan de salud para recibir el pago de los servicios médicos que le proporcionamos.
- **Para el tratamiento**, incluida la asistencia en el tratamiento o en la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos compartir información con sus otros médicos para ayudarlos a proporcionarle atención médica.
- **Para operaciones de atención médica**, según sea necesario para operar y gestionar nuestras actividades en relación con la prestación y la gestión de su asistencia médica. Por ejemplo, podemos analizar datos para determinar cómo mejorar nuestros servicios. También podemos desidentificar la información de salud de conformidad con la legislación aplicable.
- **Para proporcionarle información sobre programas o productos relacionados con la salud**, como tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud, de conformidad con los límites impuestos por la ley.
- **Como recordatorios** que podemos enviarle en relación con su atención, como recordatorios de citas con los proveedores que le brindan atención médica o recordatorios relacionados con los medicamentos que le han recetado.
- **Para comunicarnos con usted** en relación con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, utilizando los números de teléfono o las direcciones de correo electrónico que usted nos facilite.

También podemos recopilar, usar y divulgar su información de salud para los siguientes fines, en circunstancias limitadas y sujetas a determinados requisitos:

- **Según lo exige la ley** para cumplir las leyes aplicables.
- **A las personas implicadas en su atención** o que ayudan a pagar su atención, como un familiar, cuando usted está incapacitado o en caso de emergencia, o cuando usted lo autoriza o no se opone cuando se le da la oportunidad. Si usted no está disponible o no puede oponerse, utilizaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es en su beneficio. Se aplican normas especiales respecto a cuándo podemos divulgar información de salud sobre una persona fallecida a familiares y otras personas. Podemos divulgar información de salud a cualquier persona implicada, antes del fallecimiento, en la atención o el pago de la atención de una persona fallecida, a menos que sepamos que hacerlo sería incompatible con una preferencia expresada previamente por la persona fallecida.
- **Para actividades de salud pública**, como prevenir brotes de enfermedades o informar a una autoridad de salud pública. También podemos usar y divulgar su información a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o a personas bajo la jurisdicción de la FDA con fines relacionados con cuestiones de seguridad o calidad, eventos adversos o para facilitar la retirada de medicamentos.
- **Para informar sobre víctimas de maltrato, abandono o violencia doméstica** a las autoridades gubernamentales autorizadas por ley a recibir dicha información, incluidas las agencias de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud**, a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como concesión de licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos**, como una respuesta a una orden judicial, una orden de registro o una citación.
- **Para fines de aplicación de la ley** a un oficial de aplicación de la ley con fines como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad** de usted, de otra persona o del público en general, por ejemplo, divulgando información a agencias de salud pública o autoridades de aplicación de la ley, o en caso de emergencia o catástrofe natural.
- **Para funciones gubernamentales especializadas** como las actividades militares y de veteranos, las actividades de seguridad nacional e inteligencia, y los servicios de protección del presidente y otras personas.

- **Para la compensación de trabajadores**, en la medida en que lo autoricen las leyes estatales de compensación de trabajadores que regulan las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, o en la medida en que sea necesario para cumplir con dichas leyes.
- **Con fines de investigación** como la investigación relacionada con la evaluación de determinados tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple los requisitos de la ley federal de privacidad, o para determinadas actividades relacionadas con la preparación de un estudio de investigación.
- **Para proporcionar información sobre una persona fallecida** a un médico forense, para la identificación de una persona fallecida, la determinación de la causa de la muerte o según autorice la ley. También podemos usar y divulgar la información a los directores de las funerarias cuando sea necesario para el desempeño de sus funciones.
- **Para fines de donación de órganos** a entidades que se ocupan de la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.
- **A instituciones correccionales u oficiales de aplicación de la ley**, si usted es un interno en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de aplicación de la ley, pero sólo si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.
- **A socios comerciales** que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos prestan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, en virtud de un contrato con nosotros y de conformidad con la legislación federal, a proteger la privacidad de su información.
- **Para intercambios de información sobre la salud (Health Information Exchanges, HIE)** en los que participamos. Un HIE es una forma en que los consultorios médicos, los hospitales y otras organizaciones de atención médica que le brindan atención comparten su información de salud y tienen acceso a ella.  
En situaciones de emergencia en las que usted no pueda proporcionar información, un HIE permite a sus profesionales de atención médica consultar rápidamente sus antecedentes médicos para advertir alergias o afecciones que puedan afectar a su tratamiento. Los HIE cumplen las leyes de privacidad estatales y federales aplicables sobre quién puede acceder a los datos y con qué fin. Si tiene dudas sobre si su información se comparte

en un HIE, póngase en contacto con su proveedor llamando al número que aparece en la sección “Ejercicio de sus derechos” más abajo.

- **Restricciones adicionales de uso y divulgación.** Algunas leyes federales y estatales pueden exigir protecciones de la privacidad especiales que restrinjan el uso y la divulgación de determinada información de salud sensible. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información:

1. Trastorno por consumo de alcohol y sustancias.
2. Datos biométricos.
3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluida la agresión sexual.
4. Enfermedades contagiosas.
5. Información genética.
6. VIH/SIDA.
7. Salud mental.
8. Información sobre menores.
9. Recetas médicas.
10. Salud reproductiva.
11. Enfermedades de transmisión sexual.

Aplicaremos la ley más estricta o protectora, cuando nos corresponda.

Excepto en el caso de los usos y divulgaciones descritos en este aviso, usaremos y divulgaremos su información de salud sólo con su autorización por escrito. Esto incluye, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no usar ni divulgar notas de psicoterapia sobre usted, no vender su información de salud a terceros, ni usar ni divulgar su información de salud para determinadas comunicaciones de comercialización, sin su autorización por escrito. Una vez que nos autorice a usar y divulgar sus información de salud, podrá revocar su autorización por escrito en cualquier momento, excepto si ya hemos actuado basándonos en su autorización.

Para obtener más información sobre cómo revocar su autorización, utilice la información de contacto que figura más abajo en la sección titulada “Ejercicio de sus derechos”.

### **Cuáles son sus derechos**

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información de salud:

- **Tiene derecho a solicitar que se restrinjan** nuestros usos o divulgaciones de su información para tratamientos, pagos u operaciones de atención

médica. También tiene derecho a solicitar que se restrinja la divulgación de información a sus familiares o a otras personas que participen en su atención médica o en el pago de la misma. Cualquier solicitud de restricción debe hacerse por escrito. **Tenga en cuenta que, aunque intentaremos respetar su solicitud y aceptaremos**

**las solicitudes que sean coherentes con nuestras políticas, no estamos obligados a aceptar ninguna solicitud de restricción, excepto cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad de un artículo o servicio y solicite que no divulguemos información sobre dicho artículo o servicio a su plan de salud. Si aceptamos su solicitud de restricción, respetaremos su limitación a menos que se trate de una situación de emergencia.**

- **Tiene derecho a solicitar que se le envíen las comunicaciones confidenciales** de información de otra manera o a otro lugar (por ejemplo, a un apartado de correos en lugar de su domicilio). Respetaremos las peticiones razonables. En determinadas circunstancias, aceptaremos su solicitud verbal sobre la recepción de las comunicaciones confidenciales; sin embargo, también podemos exigirle que confirme su solicitud por escrito. Además, toda solicitud de modificación o anulación de una solicitud sobre la recepción de comunicaciones confidenciales anterior deberá hacerse por escrito. Envíe su solicitud a la dirección indicada a continuación.
- **Tiene derecho a solicitar ver y obtener una copia** de determinada información de salud que conservamos sobre usted, como antecedentes médicos y registros de facturación. Si mantenemos una copia de su información de salud en medios electrónicos, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información de salud en formato electrónico. También puede solicitar que proporcionemos una copia de su información a un tercero que usted identifique. En algunos casos, usted puede recibir un resumen de esta información de salud. Debe presentar una solicitud por escrito para revisar u obtener una copia de su información de salud o para que se la envíen a un tercero. Envíe su solicitud a la dirección indicada a continuación. En determinadas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud de revisión y copia de su información de salud. Si denegamos su solicitud, posiblemente tenga derecho a que se revise la denegación. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por las copias.
- **Tiene derecho a solicitar que se modifique** determinada información de salud que conservamos sobre usted, como los antecedentes médicos y los registros de facturación, si cree que la información es errónea o está incompleta. Su solicitud debe presentarse por escrito y exponer los motivos de la modificación solicitada. Envíe su solicitud a la dirección indicada a continuación. En determinadas circunstancias, podemos denegar su

solicitud. Si denegamos su solicitud, es posible que se añada una declaración de desacuerdo a su información de salud.

- **Tiene derecho a solicitar una justificación** de determinadas divulgaciones de su información realizadas por nosotros durante los seis años anteriores a su solicitud. Esta justificación no incluirá las divulgaciones de información realizadas: (i) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) a usted o en virtud de su autorización; (iii) a instituciones correccionales u oficiales de aplicación de la ley; y (iv) otras divulgaciones para las que la ley federal no nos obliga a justificar. Toda solicitud de justificación de divulgaciones debe hacerse por escrito.
- **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por vía electrónica, tiene derecho a recibir una copia en papel. Si contamos con un sitio web, publicaremos una copia del aviso revisado en nuestro sitio web. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, [east.optum.com](http://east.optum.com) o si lo solicita por vía telefónica:
  - Optum New Jersey (antes Riverside Medical Group) y Optum New York (antes ProHEALTH Care): 1-844-388-6560
  - Optum Medical Care (antes CareMount Medical): 1-914-302-8688
  - Crystal Run Healthcare 1-845-703-6999
- **En algunos estados, es posible que usted tenga derecho a abstenerse de dar su consentimiento por escrito para la divulgación de información sobre los servicios de salud reproductiva en determinados casos.** Dependiendo de su estado de residencia, es posible que debamos obtener su consentimiento por escrito antes de divulgar información sobre los servicios de salud reproductiva en determinadas acciones o procedimientos civiles, con algunas excepciones. En los casos en los que debamos obtener su consentimiento, usted tiene derecho a rechazarlo.

### Ejercicio de sus derechos

- **Contactar a su proveedor.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si desea obtener información sobre cómo ejercer sus derechos, llame por teléfono.
- **Presentar una solicitud por escrito.** Para ejercer cualquiera de sus derechos descritos anteriormente, envíenos una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Privacy Administrator  
Optum New Jersey (formerly Riverside Medical Group)  
and Optum New York (formerly ProHEALTH Care)

1 Dakota Drive, Suite 320  
Lake Success, NY 11042

Privacy Administrator  
Optum Medical Care (formerly CareMount Medical)  
480 Bedford Road  
Chappaqua, NY 10514

Privacy Administrator  
Crystal Run Healthcare  
155 Crystal Run Road  
Middletown, NY 10941

- **Presentar de una queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja en las direcciones arriba indicadas.

**También puede notificar su queja al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** No tomaremos ninguna medida contra usted por presentar una queja.

**Aviso de no discriminación y acceso a los servicios de comunicación**

Optum no discrimina por motivos de sexo, edad, raza, color, nacionalidad o discapacidad.

Disponemos de servicios gratuitos para ayudarlo a comunicarse con nosotros. Por ejemplo, cartas

en otros idiomas o en otros formatos, como letra grande. También puede solicitar un intérprete.

Para solicitar asistencia, llame al 1-845-202-6017 (para las entidades anteriormente conocidas como ProHEALTH Care y Riverside Medical Group); 914-302-8485 (para la entidad anteriormente conocida como CareMount Medical) y 1-845-703-6999 para Crystal Run Healthcare. TTY 711.

Si cree que no ha recibido un trato justo debido a su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja a:

Optum Civil Rights Coordinator 11000 Optum Circle

Eden Prairie, MN 55344

Fax: 855-351-5495

Correo electrónico: [Optum\\_Civil\\_Rights@Optum.com](mailto:Optum_Civil_Rights@Optum.com)

Si necesita asistencia con su queja, llame a los números 1-845-202-6017; 1-914-302-8485 o 1-845-703-6999. TTY 711. Debe enviar la queja en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que detectó el problema.

También puede presentar una denuncia ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

En línea <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de denuncia están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Teléfono:** Llamada gratuita 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

**Correo:** U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

### Servicios de asistencia lingüística y formatos alternativos

**Esta información está disponible en otros formatos, como letra grande. Para solicitar otro formato, llame a los números 1-845-202-6017; 914-302-8485 o 1-845-703-6999. TTY 711.**

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call 1-845-202-6017.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：[845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999]。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

알림: 한국어(**Korean**)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999]번으로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Mangyaring tumawag sa [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русском (Russian)**. Позвоните по номеру [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

.[ 845-202-6017] العربية تتحدث كنت إذا: تنبيه (**Arabic**) ب الاتصال الرجاء. لك متاحة المجانية اللغوية المساعدة خدمات فإن [845-202-6017].

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nan [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

**ATTENTION :** Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniłmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod numer [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

**ATENÇÃO:** Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

**ATTENZIONE:** in caso la lingua parlata sia **l'italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Si prega di chiamare il numero [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

**ACHTUNG:** Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999] an.

**注意事項 :** 日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。 [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999] にお電話ください。

بگیرید تماس فارسی شما زبان اگر توجه (**Farsi**) باشد می شما اختیار در رایگان طور به زبانی امداد خدمات ،است [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999]

□□ □□ □□□□□ □□: □□□ □□ □□□□□ (**Hindi**) □□□□ □□ □□ □□□□ □□□ □□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□:□□□□□ □□□□□□ □□□ □□□□ □□ □□□ □□□ [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999]

**CEEB TOOM:** Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

ចំណាប់អរមណ៍: ើបើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ(**Khmer**)ើសវជំនួយភាសាេដយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទ ើ្នើលេខ [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999]។

**PAKDAAR:** Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan iti [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].

**DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné (Navajo)** bizaad bee yánitti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shoodí kohji' [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999] hodílnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac [845-202-6017; 914-302-8485; 1-845-703-6999].