

## **Aviso de No Discriminación y Acceso a Servicios de Comunicación**

New West Physicians no trata a las personas de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros y con su plan de salud. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en otros formatos, como en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al **303-763-4900 Ext. 11000**. TTY 711.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de 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  
Por fax al: 855-351-5495  
Por correo electrónico: [Optum\\_Civil\\_Rights@Optum.com](mailto:Optum_Civil_Rights@Optum.com)

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al **303-763-4900 Ext. 11000**. TTY 711. Debe enviar la queja dentro de los 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido.

También puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

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

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

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

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

Esta información está disponible en otros formatos, como en letra grande. Para pedir otro formato, llame al 303-763-4900 Ext. 11000. TTY 711.

# AVISO DEL PROVEEDOR SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AVISO PARA INFORMACIÓN MÉDICA: Páginas 2 a 6.

**ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.**

## **Aviso de privacidad de la información médica**

Con vigencia a partir del 1 de enero de 2019

Nosotros<sup>12</sup> estamos obligados por la ley a proteger la privacidad de su información de salud. También tenemos la obligación de enviarle este aviso, que explica cómo podemos usar la información sobre usted y cuándo podemos entregar o “divulgar” dicha información a otros. Usted también tiene derechos con respecto a su información de salud que se describen en este aviso. Por ley tenemos obligación de acatar los términos de este aviso.

Los términos “información” o “información de salud” en este aviso incluyen toda información que mantengamos que razonablemente pueda usarse para identificarle y que se relaciona con su condición de salud física o mental, el suministro de cuidado de la salud para usted o el pago de dicho cuidado de la salud. Cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad aplicables que exigen que le notifiquemos en caso de que se incumpla la privacidad de su información de salud.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si realizamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, y si mantenemos un sitio web, publicaremos una copia del aviso modificado en nuestro sitio web <https://www.nwphysicians.com/>. Si contamos con un sitio de entrega físico, publicaremos una copia en nuestra oficina. El aviso también estará disponible a pedido. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia cualquier aviso modificado o revisado para la información que ya tenemos y para la información que recibamos en el futuro.

### **Cómo usamos o divulgamos la información**

**Debemos** usar y divulgar su información de salud para proporcionar dicha información:

- A usted o a otra persona que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) a fin de administrar sus derechos según se describe en este aviso.
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuera necesario, para asegurarnos de que su privacidad esté protegida.

**Tenemos derecho a** usar y divulgar la información de salud para su tratamiento, para facturar su cuidado de la salud y para llevar a cabo nuestras actividades. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud:

---

<sup>1</sup> Este Aviso de Prácticas de Privacidad de Información Médica se aplica al siguiente proveedor que está afiliado a Optum, Inc.: New West Physicians, Inc

- **Para pagos.** Podemos usar o divulgar la información de la salud para obtener pagos por servicios para el cuidado de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar información sobre su salud a su plan de salud para obtener pagos por los servicios médicos que le proporcionamos a usted. Podríamos pedirle pagar por adelantado.
- **Para el tratamiento.** Podemos usar o divulgar la información de salud para asistirle en su tratamiento o la coordinación de su atención. Por ejemplo, podríamos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a proporcionarle su cuidado médico.
- **Para operaciones de cuidado de la salud.** Podemos usar o divulgar la información de salud según fuera necesario para operar y gestionar nuestras actividades comerciales relacionadas con el suministro y gestión de su cobertura del cuidado de salud. Por ejemplo, podemos analizar los datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios. También podemos desidentificar la información de la salud de acuerdo con las leyes aplicables. Una vez que la información es desidentificada, ya no está sujeta a este aviso y podemos usarla con cualquier objetivo legal.
- **Para proporcionar información sobre programas o productos de salud** tales como programas y tratamientos médicos alternativos o acerca de productos y servicios de salud, sujetos a límites impuestos por la ley.
- **Para recordatorios.** Podemos usar o divulgar su información de salud para enviarle recordatorios sobre su atención, tal como recordatorios de citas con proveedores que le proporcionan atención médica o recordatorios relacionados con los medicamentos que tiene recetados.

**Podemos** usar o divulgar su información de salud para los siguientes fines en casos limitados:

- **Según lo exigido por la ley.** Podemos divulgar información cuando así lo exija la ley.
- **A personas involucradas con su cuidado.** Podemos usar o divulgar su información de salud a una persona involucrada con su cuidado o que ayude a pagar su cuidado, tal como un familiar, cuando usted esté incapacitado o en una emergencia, o cuando usted acepte o no se oponga al tener la oportunidad. Si usted no está disponible o no puede oponerse, usaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es por su bien. Se aplican reglas especiales con respecto a cuándo podemos divulgar información de salud a familiares y otras personas involucradas en el cuidado de una persona fallecida. Podemos divulgar información de salud a cualquier persona involucrada, antes del fallecimiento, con el cuidado o pago del cuidado de una persona fallecida, a menos que tengamos conocimiento de dicha divulgación sería contraria a la voluntad expresada previamente por la persona fallecida.
- **Para las actividades de salud pública,** tales como el informe o la prevención de brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública. También podemos divulgar su información a la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o las personas bajo la jurisdicción de la FDA a los fines relacionados a la seguridad o problemas de calidad, eventos adversos o para facilitar los retiros de fármacos.
- **Para denunciar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica** a las autoridades gubernamentales que por ley pueden recibir dicha información, incluida una agencia de servicio social o de protección.
- **Para las actividades de vigilancia sanitaria** a una agencia de vigilancia para las actividades autorizadas por la ley, tal como la concesión de licencia, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude o abuso.

- **Para procedimientos judiciales o administrativos** tales como en respuesta de una orden judicial, orden de registro o citación.
- **Para fines de cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su información de salud a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley para fines tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona perdida o denunciar un delito.
- **Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad** de usted, de otra persona o del público, por ejemplo, al divulgar información a agencias de salud pública o autoridades responsables de hacer cumplir la ley, o en el caso de una emergencia o desastre natural.
- **Para funciones gubernamentales especializadas,** tales como actividades militares y de veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional, y los servicios de protección para el presidente y otras personas.
- **Para la compensación de trabajadores** según lo autoricen, o en la medida que sea necesario el cumplimiento con, las leyes estatales que rigen las lesiones o enfermedades laborales.
- **Para fines de investigación** tales como investigaciones relacionadas con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidad, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de la ley de privacidad federal.
- **Para proporcionar información sobre personas fallecidas.** Podemos divulgar información a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte, o según lo autorice la ley. También podemos divulgar información a directores de funerarias según fuera necesario para el desempeño de sus obligaciones.
- **Para fines de adquisición de órganos.** Podemos usar o divulgar información a entidades que manejan la adquisición, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos, para facilitar la donación y el trasplante.
- **A instituciones correccionales o funcionarios responsables de hacer cumplir la ley** si usted es recluso de una institución correccional o se encuentra bajo custodia de un funcionario responsable de hacer cumplir la ley, pero solo si fuera necesario (1) para que la institución le proporcione cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad de la institución correccional.
- **A asociaciones comerciales** que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Nuestros socios comerciales tienen la obligación, mediante un contrato con nosotros y en virtud de la ley federal, de proteger la privacidad de su información y no tienen permitido usar ni divulgar otra información que no sea la que se especifica en el contrato y permitida por la ley.
- **Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación.** Ciertas leyes estatales y federales pueden exigir protecciones de privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de cierta información de salud, incluida la información altamente confidencial sobre usted. Tales leyes pueden proteger los siguientes tipos de información:

1. Alcohol y abuso de sustancias
2. Información biométrica
3. Abuso o abandono de menores o adultos, incluido el abuso sexual.
4. Enfermedades contagiosas
5. Información genética
6. VIH/SIDA
7. Salud mental

8. Información de menores
9. Medicamentos con receta
10. Salud reproductiva
11. Enfermedades de transmisión sexual

Si uno de los usos o divulgaciones de la información de salud descritos anteriormente en este aviso está prohibido o limitado considerablemente por otras leyes que se aplican a nosotros, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

Excepto para los usos y divulgaciones que se describen y limitan según se establece en este aviso, usaremos y divulgaremos su información de salud únicamente con una autorización escrita de usted. Esto incluye, excepto en casos limitados permitidos por la ley federal de privacidad, no usar ni divulgar notas de psicoterapia sobre usted, vender su información de salud a otras personas, o usar o divulgar su información de salud para ciertas comunicaciones promocionales que sean comunicados de marketing prohibidos en virtud de la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que usted nos autorice a divulgar su información de salud, no podemos garantizar que el destinatario a quien se proporciona la información no divulgue dicha información. Usted puede retractarse o “revocar” su autorización escrita en cualquier momento por escrito, excepto si nosotros ya actuamos en función de su autorización. Para saber cómo revocar una autorización, use la información de contacto a continuación bajo la sección titulada “Ejercicio de sus derechos”

### **Cuáles son sus derechos**

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

- **Usted tiene derecho a solicitar que se restrinjan** los usos o divulgaciones de su información para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. También tiene derecho a solicitar que se restrinjan las divulgaciones a los familiares u otras personas que estén involucradas en el cuidado de su salud o en el pago del cuidado de su salud. **Tenga en cuenta que, si bien intentamos respetar su solicitud y permitiremos solicitudes acordes a nuestras políticas, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción que no esté relacionada con determinadas divulgaciones a los planes de salud según como se describen en este aviso.**
- **Tiene derecho a solicitar que no enviemos información sobre salud** a los planes de salud en determinadas circunstancias si la información sobre la salud involucra un punto o servicio de cuidado de salud por el cual usted o una persona en su nombre ha pagado por completo. Aceptaremos todas las solicitudes que cumplan con los criterios anteriores y que se envíen en tiempo y forma.
- **Usted tiene derecho a solicitar la recepción de comunicados confidenciales** de información de una manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, mediante el envío a un apartado de correos en lugar de su domicilio particular). Satisfaremos todas las solicitudes razonables. En ciertos casos, aceptaremos su solicitud verbal de recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, también podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Además, toda solicitud de modificar o cancelar una solicitud de comunicado confidencial anterior se debe realizar por escrito. Envíe su solicitud a la dirección que figura a continuación.

- **Usted tiene derecho a ver y obtener una copia** de cierta información de salud que mantenemos sobre usted, tal como registros médicos y facturación. Si mantenemos una copia de su información de salud en formato electrónico, usted tiene 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. Usted debe realizar una solicitud por escrito para inspeccionar u obtener una copia de su información de salud o pedir el envío de su información de salud a un tercero. Envíe su solicitud a la dirección que figura a continuación. En ciertos casos limitados, nosotros podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. Si denegamos su solicitud, usted puede tener derecho a la revisión de la denegación. Podemos cobrar una tarifa razonable por las copias.
- **Usted tiene derecho a pedir la enmienda de** cierta información de salud que mantengamos sobre usted, tal como registros médicos y facturación si usted considera que la información sobre usted es incorrecta o incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir los motivos para la enmienda solicitada. Envíe su solicitud a la dirección que figura a continuación. Si denegamos su solicitud, se puede añadir una declaración de su desacuerdo a su información de salud.
- **Usted tiene derecho a recibir la justificación** de ciertas divulgaciones de su información realizadas por nosotros durante los seis años previos a su solicitud. Esta recopilación no incluirá divulgaciones de la información obtenida: (i) para fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud; (ii) a usted o conforme a su autorización; y (iii) a instituciones correccionales o funcionarios responsables de hacer cumplir la ley y (iv) otras divulgaciones para las cuales la ley federal no nos exija proporcionar una justificación.
- **Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si acordó recibir este aviso de forma electrónica, tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Si mantenemos un sitio web, publicaremos una copia del aviso revisado en nuestro sitio web. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, <https://nwphysicians.com/> o llamando al 1-303-763-4900 Ext. 10564.

### **Ejercicio de sus derechos**

- **Contacto con su proveedor.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea obtener información sobre el ejercicio de alguno de sus derechos, llame a 1-303-763-4900 Ext. 10564.
- **Envío de una solicitud escrita.** Puede enviarnos por correo sus solicitudes escritas para ejercer cualquiera de sus derechos, incluida la modificación o cancelación de un comunicado confidencial, o pedir copias de sus registros o para solicitar enmiendas a sus registros, en la siguiente dirección:

Administrador de Privacidad  
 New West Physicians  
 1707 Cole Boulevard, Suite 100  
 Golden, Colorado 80401

- **Presentación de una queja.** Si considera que sus derechos de privacidad fueron incumplidos, puede presentarnos una queja a la siguiente dirección que figura arriba.

**También puede notificar su queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.** No tomaremos ninguna medida contra usted por presentar una queja.