

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

**NEIGHBORHOOD HEALTH PROVIDERS and SUFFOLK HEALTH PLAN
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Information regarding your health care, including payment for health care, is protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Any HIV-related information is also protected by a New York law, Article 27-F of the Public Health Law. Under these laws, Neighborhood Health Providers and Suffolk Health Plan may not disclose any health related information about you except as permitted by both laws.

How and When We May Disclose Your Health Information

We understand that the privacy of your health information is important. We will take reasonable measures to safeguard your confidential health related information. Generally, we must obtain your written consent before we can disclose any HIV related information about you.

Public Health Law, Article 27-F:

- Requires that anyone who takes a voluntary HIV test must first sign a consent form. This means the person understands what the test means and agrees to take it.
- Requires that, with few exceptions, information about a person's HIV status can only be disclosed (shared with others) if the person signs an HIV release form or if the form is signed by the person's legally appointed guardian or healthcare proxy.
- Applies to individuals and facilities that directly provide health or social services and to anyone who receives HIV-related information about a person pursuant to a properly executed HIV release form.
- Requires that any individual or facility whose work is covered by Article 27-F and who receives HIV-related information MUST keep that information confidential as required by the law.

What is confidential HIV-related information?

It is any information that shows a person:

- Had an HIV-related test (such as a HIV antibody test, PCR test, CD4 test for HIV, viral load test or other test);
- Has HIV-infection, HIV-related illness, or AIDS;
- Has been exposed to HIV; or
- Has one of these conditions, including information on the individual's contacts.

There are a few circumstances when we can disclose HIV related information about you without your written consent. These are

- For your treatment or the coordination of your care by health care providers (Medical) professionals working on the treatment team with the person's existing provider may discuss a patient's HIV-related information with each other or with their supervisors, but only to give necessary care. A general release is needed to disclose medical information to a provider who is not affiliated with the person's current medical provider.

- For payment such as collecting premiums, determining your eligibility for benefits, reimbursing health care providers that treat you and obtaining payment from other insurers that may be responsible for providing coverage to you
- For our health care operations which includes quality improvement activities, evaluating our health plan performance and resolving any complaints or grievances you may have;
- To the State Department of Health for public health monitoring and partner notifications;
- To an authorized agency in connection with the foster care or adoption of a child;
- For medical education or in connection with organ, tissue or fluid transplants;
- To appropriate authorities when relevant to a report of suspected child or elder abuse or neglect;
- As allowed by a court order;
- In limited circumstances when someone may have been exposed to HIV while on the job;
- In limited circumstances a physician may disclose HIV related information about a minor to the minor's parent or guardian;
- For organ or tissue donation.

We can disclose general health information (other than HIV related information) about you without your written permission in the following circumstances:

- For your treatment or the coordination of your care by health care providers,
- For payment such as collecting premiums, determining your eligibility for benefits, reimbursing health care providers that treat you and obtaining payment from other insurers that may be responsible for providing coverage to you
- For our health care operations which includes quality improvement activities, evaluating our health plan performance and resolving any complaints or grievances you may have;
- As required by state, federal or local law;
- For public health activities;
- For judicial and administrative proceedings and certain law enforcement purposes;
- Through a written agreement to outside contractors (called business associates) that provide us services;
- For specialized government functions such as national security purposes;
- To correctional facilities regarding inmates;
- To funeral directors, coroners and medical examiners;
- To the Food and Drug Administration for product monitoring and recall;
- For Workmen's Compensation
- For research if certain requirements are met;
- To individuals involved in your care.

The following is a list of the ways in which we may use and disclose your health information. In some cases we provided examples of the types of uses or disclosures that fall within a particular category. These examples are intended to help you understand what these categories mean; they do not cover every type of use or disclosure within each category. When we make these disclosures, we must follow federal, state, and local laws that provide special protections for health information relating to certain alcohol and drug abuse treatment.

1. Uses and Disclosures for Payment and Health Care Operations. After we, or one of the government programs in which we participate, has obtained your general consent to use and disclose your health information to administer your benefits and for other purposes permitted by state or federal law, we may use and disclose your health information for the following purposes:

Neighborhood Health Providers and Suffolk Health Plans
 Member Services
 PO Box 19769
 Charlotte, NC 28219-9769

- a. *Treatment.* For example, if one of our participating health care providers is treating you, we may disclose to this provider health information relating to other health care services you have received that may be relevant to the provider's treatment.
 - b. *Payment.* For example, if a health care provider submits a bill to us for services you received, we may use health information about you to determine whether these services are covered under your benefit plan and the appropriate amount of payment to which the provider may be entitled.
 - c. *Health Care Operations.* For example, we may collect and review records maintained by doctors and hospitals that have treated you to see whether they have provided you with preventive treatment and other important health services that are recommended by medical authorities.
 - d. *Appointment Reminders.* We may use and disclose your health information to remind you about appointments you have made to receive health care services or to encourage you to make such appointments.
 - e. *Treatment Alternatives.* We may use and disclose your health information to tell you about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.
2. Uses and Disclosures Without Your Consent or Authorization. We may use and disclose your health information without your specific written authorization for the following purposes:
- a. *As required by law.* We may use and disclose your health information as required by state, federal or local law.
 - b. *For public health activities.* We may disclose your health information for public health monitoring and activities, such as reporting or preventing disease outbreaks, partner notifications (in the case of HIV related information), reporting births, deaths, child abuse or neglect, domestic violence, potential problems with products regulated by the Food and Drug Administration or communicable diseases.
 - c. *For judicial and administrative proceedings.* We may disclose your health information in the course of any judicial or administrative proceeding in response to a court order, search warrant or subpoena by a court or administrative body.
 - d. *For law enforcement purposes.* We may disclose your health information to a law enforcement official for purposes such as: identifying or locating a suspect, fugitive or missing person or reporting a crime.
 - e. *For health oversight activities.* We may disclose your health information to health oversight agencies for the following activities authorized by law: (1) audits, investigations, inspections, including fraud and abuse investigation; (2) licensing or disciplining actions; (3) civil, administrative or criminal proceedings, or other activities related to the oversight of the health care system; (4) government benefit programs; and (5) compliance with government regulatory programs and civil rights laws.

- f. *To avert a serious threat to health or safety.* We may use or disclose your health information to prevent or lessen a serious and immediate threat to your health or safety or to the health or safety of another person or the general public.
- g. *For specialized government functions.* If you are a member of the armed forces, we may disclose your health information as required by military authorities. We also may disclose your health information to authorized federal officials for national security activities. In addition, we may disclose inmates' health information to correctional institutions in limited circumstances.
- h. *For workers' compensation.* We may use or disclose your health information to comply with workers' compensation laws.
- i. *To individuals involved in your care.* We may disclose your health information to a person who represents you if you tell us to do so.

3. **Your authorization is required for other uses and disclosures.** We will not use or disclose your health information for any purpose **not specified** in this Notice of Privacy Practices **unless we obtain your express written authorization.** If you give us your authorization, **you may revoke it at any time**, in which case we will no longer use or disclose your health information for the purpose you authorized, except to the extent we have relied on your authorization in providing benefits. While you are required to sign a consent form in order to receive benefits from us, we may not refuse to enroll or continue to provide benefits to you if you decide not to sign an authorization form.

Your Rights Regarding Your Health Information

You have the following rights regarding your health information:

1. **Right to See and Copy.** You have the right to see or get a copy of health information about you that we maintain and that we may use in making decisions about your benefits. In certain situations, we may deny your request. We may charge you a reasonable fee for copies to cover our costs. You may ask to inspect or obtain copies of your information by writing to our Member Services address at the bottom of this page.

2. **Right to Request Amendments.** You have the right to request changes to any health information we maintain about you if you state a reason why this information is incorrect or incomplete. If we deny your request to change the information in our records, we will notify you in writing how you can have your objection to our decision included in our records. You may request changes to your health information by writing to our Member Services address at the bottom of this page. Please include the date of the request, your signature or the signature of your representative and the reason for the request.

3. **Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to receive a list of disclosures of your health information that have been made by us. The list will not include disclosures made for certain types of purposes, such as disclosures for treatment, payment or health care operations or disclosures you authorized in writing. Your request should specify the time period for which you want this list, which can be no longer than six years and may not include dates prior to April 14, 2003. The first time you ask for a list of disclosures in any 12-month period, we will provide it for free. If you request additional lists during a 12-month period, we may charge you a fee to cover our costs in providing the additional lists. You may request a list of disclosures by writing to our Member Services address at the bottom of this page. Please include the date of the request, your signature or the signature of your representative and the reason for the request.

Neighborhood Health Providers and Suffolk Health Plans
Member Services
PO Box 19769
Charlotte, NC 28219-9769

4. Right to Request Restrictions. You have the right to ask to restrict uses or disclosures of your health information for treatment, payment and health care operations. You also have the right to ask to restrict disclosures to family members or to other individuals who are involved in your care. While we may honor your request, we are not required to agree to these restrictions. You may request a restriction on the use or disclosure of your health information by writing to our Member Services address at the bottom of this page. Please include the date of the request, your signature or the signature of your representative and the reason for the request.

5. Right to Request Confidential Communications. You have the right to ask us to send health information to you in a different way or at a different location if you believe that you may be in danger by our ordinary form of communication. For example, if you are afraid that someone living with you may open the mail we send you and harm you as a result, you can ask us to send your mail to a relative's or employer's address. We will require that you make your request in writing. We will accommodate all reasonable requests. You may ask us to send health information to you in a different way or at a different location by writing to our Member Services address at the bottom of this page. Please include the date of the request, your signature or the signature of your representative and the reason for the request.

6. Right to Paper Copy of Notice. You have the right to receive a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time by writing to our Member Services address at the bottom of this page. Please include the date of the request, your signature or the signature of your representative and the reason for the request.

Complaints

If you believe your privacy rights under HIPAA have been violated, you may file a complaint with us by writing to Member Services address on the bottom of the page. We will not take any action against you for filing a complaint. You may also send a written complaint to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 26 Federal Plaza, Suite 3313, New York, NY 10278.

If you believe your rights have been violated under Article 27-F (which protects the confidentiality of HIV related information about you), you may file a complaint with the New York State Department of Health and/or file a lawsuit. The Health Department's AIDS Institute has a special investigation unit that takes Article 27-F complaints. Their hotline number is 1-800-962-5065, or you can send a written complaint to Special Investigation Unit, AIDS Institute, New York State Department of Health, 90 Church Street, New York, NY 10007.

Changes to this Notice

We may change the terms of this Notice of Privacy Practices at any time. If we change the terms of this Notice, the new terms will apply to all of your health information, whether created or received by us before or after the date on which the Notice is changed. We will notify you of changes to this Notice by mailing you a copy of the new Notice within 60 days of the date on which it becomes effective.

Additional Information

If you have any questions or would like additional information about this Notice or our privacy practices, please contact our Member Services address on the bottom of this page.

Effective Date

This Notice of Privacy Practices is effective as of November 1, 2010.

Neighborhood Health Providers and Suffolk Health Plans
Member Services
PO Box 19769
Charlotte, NC 28219-9769

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.

**NEIGHBORHOOD HEALTH PROVIDERS y SUFFOLK HEALTH PLAN
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

La información sobre el cuidado de su salud, incluyendo el pago por éste, están protegidos por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés). Cualquier información relacionada con el VIH también está protegida por una ley de Nueva York, el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública. De acuerdo con estas leyes, Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plan no podrán divulgar ninguna información relacionada con su salud excepto lo permitido por ambas leyes.

Cómo y cuándo podríamos divulgar su información de salud

Entendemos que la privacidad de su información de salud es importante. Tomaremos medidas razonables para salvaguardar la información confidencial relacionada con su salud. Por lo general, debemos obtener su consentimiento por escrito antes de poder divulgar cualquier información sobre usted relacionada con el VIH.

Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública:

- Requiere que cualquier persona que se realice una prueba voluntaria de VIH debe firmar una forma de consentimiento. Esto significa que la persona entiende lo que la prueba representa y está de acuerdo en realizarla.
- Requiere que, con algunas excepciones, la información sobre la condición de VIH de una persona sólo pueda ser divulgada (compartida con otros) si la persona firma una forma de liberación de VIH o si la forma es firmada por el tutor legalmente asignado por la persona o el representante del cuidado de la salud.
- Se aplica a personas o instalaciones que proporcionan servicios de salud o sociales en forma directa y a cualquier persona que reciba información sobre una persona relacionada con el VIH de conformidad con una forma de liberación del VIH debidamente formalizada.
- Requiere que cualquier persona o instalación cuyo trabajo está cubierto por el Artículo 27-F y que recibe información relacionada con el VIH DEBE mantener esa información en forma confidencial según lo requiere la ley.

¿Qué es información confidencial relacionada con el VIH?

Es cualquier información que muestre que una persona:

- Se realizó una prueba relacionada con el VIH (como una prueba de anticuerpos del VIH, prueba de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR por sus siglas en inglés), prueba CD4 para el VIH, prueba de carga viral u otra prueba);
- Está infectada con el VIH, tiene una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA;
- Ha estado expuesto al VIH; o
- Tiene alguna de estas condiciones, incluyendo información sobre los contactos de la persona.

Hay algunas circunstancias en las que podemos divulgar información relacionada con el VIH sobre usted sin su consentimiento por escrito y son las siguientes:

- Para su tratamiento o la coordinación de su atención por parte de proveedores del cuidado de la salud (médicos) o cuando los profesionales en el equipo de tratamiento que están trabajando con el proveedor existente de la persona tengan que hablar unos con otros o con sus supervisores sobre información relacionada con el VIH de un paciente, pero sólo para proporcionar la atención necesaria. Se requiere una liberación general para divulgar información médica a un proveedor que no está afiliado con el proveedor médico actual de la persona.
- Para pagos como el cobro de primas, determinar su elegibilidad para recibir beneficios, reembolsar a proveedores del cuidado de la salud que le dan tratamiento y obtener pagos de otras compañías aseguradoras que pudieran ser responsables de proporcionarle su cobertura
- Para nuestras operaciones del cuidado de la salud que incluyen actividades para mejorar la calidad, evaluar el desempeño de nuestro plan de salud y resolver cualquier queja que pudiera tener;
- Al Departamento de Salud del Estado para supervisar la salud pública y para enviar avisos a su pareja;
- A una agencia autorizada en relación con la custodia tutelar o adopción de un niño;
- Para estudios médicos o en relación con transplantes de órganos, tejidos o fluidos;
- A las autoridades correspondientes cuando sea relevante para informar sobre la sospecha de un abuso o negligencia infantil o a un anciano;
- Según lo permita una orden del tribunal;
- En circunstancias limitadas cuando alguien pudo estar expuesto al VIH en el trabajo;
- En circunstancias limitadas un médico podría divulgar información relacionada con el VIH sobre un menor de edad al padre de familia o tutor de dicho menor;
- Para la donación de órganos o tejidos.

Podemos divulgar información general de salud (distinta a la información relacionada con el VIH) sobre usted sin su permiso por escrito en las siguientes circunstancias:

- Para su tratamiento o la coordinación de su atención por parte de proveedores del cuidado de la salud
- Para pagos como el cobro de primas, determinar su elegibilidad para recibir beneficios, reembolsar a proveedores del cuidado de la salud que le dan tratamiento y obtener pagos de otras compañías aseguradoras que pudieran ser responsables de proporcionarle su cobertura
- Para nuestras operaciones del cuidado de la salud que incluyen actividades para mejorar la calidad, evaluar el desempeño de nuestro plan de salud y resolver cualquier queja que pudiera tener;
- Según lo requieran las leyes estatales, federales o locales;
- Para actividades de salud pública;
- Para procesos administrativos y judiciales y determinados efectos de aplicación de la ley;
- A través de un acuerdo por escrito para contratistas externos (llamados colaboradores) que nos proporcionan servicios;
- Para funciones especializadas del gobierno como para efectos de seguridad nacional;
- Para instalaciones correccionales en cuanto a presos;
- Para directores de funerarias, forenses y médicos forenses;
- Para la Administración de Alimentos y Medicamentos para supervisar alimentos y su retiro del mercado;
- Para indemnizaciones a empleados
- Para la investigación si se cumple con ciertos requisitos;
- A personas involucradas en su atención.

Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plans
 Servicios para Afiliados
 PO Box 19769
 Charlotte, NC 28219-9769

La siguiente es una lista de las formas en que podríamos usar y divulgar su información de salud. En algunos casos proporcionamos ejemplos de los tipos de usos o divulgaciones que pertenecen a una categoría específica. Estos ejemplos tienen la intención de ayudarlo a entender lo que significan estas categorías; no cubren cada tipo de uso o divulgación dentro de cada categoría. Cuando hacemos estas divulgaciones, debemos cumplir con leyes federales, estatales y locales que proporcionan protecciones especiales para la información de salud relacionada con ciertos tratamientos para el abuso del alcohol y las drogas.

1. Usos y divulgaciones para el pago de operaciones para el cuidado de la salud. Después de que nosotros o alguno de los programas del gobierno en los que participamos obtengamos su consentimiento general para usar y divulgar su información de salud para administrar sus beneficios y para otros efectos permitidos por las leyes estatales o federales, podríamos usar y divulgar su información de salud para los siguientes fines:

- a. *Tratamiento.* Por ejemplo, si lo está tratando uno de los proveedores del cuidado de la salud de nuestra red, podríamos divulgar información de salud a este proveedor relacionada con otros servicios para el cuidado de la salud que usted recibió que pudieran ser relevantes para el tratamiento del proveedor.
- b. *Pago.* Por ejemplo, si un proveedor del cuidado de la salud nos envía una factura por servicios que usted recibió, podríamos usar información de salud sobre usted para determinar si estos servicios están cubiertos por su plan de beneficios y el monto correcto de pago al que el proveedor tendría derecho.
- c. *Operaciones del cuidado de la salud.* Por ejemplo, podríamos compilar y revisar registros conservados por médicos y hospitales que lo han tratado para ver si le han proporcionado un tratamiento de prevención y otros servicios importantes de salud recomendados por las autoridades médicas.
- d. *Recordatorios de citas.* Podríamos usar y divulgar su información de salud para recordarle sobre las citas que ha hecho para recibir servicios para el cuidado de la salud o para alentarlos a que haga dichas citas.
- e. *Alternativas de tratamiento.* Podríamos usar y divulgar su información de salud para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían ser de interés para usted.

2. Usos y divulgaciones sin su consentimiento o autorización. Podríamos usar y divulgar su información de salud sin su autorización específica por escrito para los siguientes fines:

- a. *Según lo requiere la ley.* Podríamos usar y divulgar su información de salud según lo requieren las leyes estatales, federales o locales.
- b. *Para actividades de salud pública.* Podríamos divulgar su información de salud para la supervisión y las actividades de salud pública, como informar o prevenir brotes de enfermedades, enviar avisos a su pareja (en el caso de información relacionada con el VIH), informar sobre nacimientos, fallecimientos, abuso o negligencia infantil, violencia doméstica, problemas potenciales con productos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos o enfermedades transmisibles.
- c. *Para procesos administrativos y judiciales.* Podríamos divulgar su información de salud durante el curso de cualquier proceso administrativo o judicial en respuesta a una orden

Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plans
Servicios para Afiliados
PO Box 19769
Charlotte, NC 28219-9769

del tribunal, orden de allanamiento o citatorio judicial por parte de un tribunal u órgano administrativo.

- d. *Para fines de aplicación de la ley.* Podríamos divulgar su información de salud a un oficial de aplicación de la ley para los siguientes fines: identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo o persona extraviada o para informar sobre un delito.
- e. *Para actividades de supervisión de salud.* Podríamos divulgar su información de salud a agencias de supervisión de la salud para las siguientes actividades autorizadas por la ley: (1) auditorías, investigaciones, inspecciones, incluyendo fraude e investigación de abuso; (2) medidas disciplinarias y para obtener permisos; (3) procesos civiles, administrativos o penales u otras actividades relacionadas con la supervisión del sistema para el cuidado de la salud; (4) programas de beneficios del gobierno; y (5) cumplimiento con programas reguladores del gobierno y leyes de derechos civiles.
- f. *Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.* Podríamos usar o divulgar su información de salud para prevenir o aminorar una amenaza seria e inmediata a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otra persona o del público en general
- g. *Para funciones especializadas del gobierno.* Si usted forma parte de las fuerzas armadas, podríamos divulgar su información de salud según lo requieran las autoridades militares. También podríamos divulgar su información de salud a oficiales federales autorizados para actividades de seguridad nacional. Además, podríamos divulgar información de salud sobre presos a instituciones correccionales en circunstancias limitadas.
- h. *Para indemnizaciones a empleados.* Podríamos usar o divulgar su información de salud para cumplir con las leyes de indemnización a empleados.
- i. *A personas involucradas en su atención.* Podríamos divulgar su información de salud a una persona que lo represente si usted así nos lo indica.

3. **Se requiere su autorización para otros usos y divulgaciones.** No usaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún fin **no especificado** en este Aviso de Prácticas de Privacidad **a menos que obtengamos su autorización expresa por escrito.** Si nos da su autorización, **podrá revocarla en cualquier momento**, en cuyo caso ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud para el fin que autorizó, excepto al grado en que hayamos dependido de su autorización para proporcionar beneficios. Aunque se requiere que firme una forma de consentimiento para poder proporcionarle beneficios, no podremos negarnos a registrarlo o seguir proporcionándole beneficios si decide no firmar una forma de autorización.

Sus derechos sobre su información de salud

Tiene los siguientes derechos en cuanto a su información de salud:

1. **Derecho a ver y copiar.** Tiene derecho a ver u obtener una copia de su información de salud que conservamos y que podríamos usar para tomar decisiones sobre sus beneficios. En ciertas situaciones, podríamos rehusar su solicitud. Podríamos cobrarle una cuota razonable por las copias para cubrir nuestros costos. Puede pedir inspeccionar u obtener copias de su información escribiéndonos a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que se incluye en la parte inferior de esta página.

Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plans
Servicios para Afiliados
PO Box 19769
Charlotte, NC 28219-9769

2. Derecho a solicitar correcciones. Tiene derecho a solicitar cambios a cualquier información de salud que conservemos sobre usted si establece una razón por la que esta información es incorrecta o está incompleta. Si rehusamos su solicitud para cambiar la información en nuestros registros, le notificaremos por escrito cómo puede hacer que su objeción a nuestra decisión sea incluida en nuestros registros. Puede solicitar cambios a nuestra información de salud escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que se proporciona en la parte inferior de esta página. Por favor incluya la fecha de la solicitud, su firma o la firma de su representante y la razón de la solicitud.

3. Derecho a un informe sobre divulgaciones. Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones de su información de salud que hemos hecho. La lista no incluirá divulgaciones hechas para ciertos fines como divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud o divulgaciones que autorizó por escrito. Su solicitud debe especificar el periodo que quiere que incluya esta lista, que puede ser de no más de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera vez que pida una lista de divulgaciones en cualquier periodo de 12 meses, se la proporcionaremos sin ningún costo. Si solicita listas adicionales durante un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota para cubrir nuestros costos por proporcionarle dichas listas. Puede solicitar una lista de divulgaciones escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página. Por favor incluya la fecha de la solicitud, su firma o la firma de su representante y la razón de la solicitud.

4. Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a pedir que se restrinjan los usos o las divulgaciones de su información de salud para el tratamiento, pago y las operaciones del cuidado de la salud. También tiene derecho a pedir que se restrinjan las divulgaciones a miembros de la familia o a otras personas involucradas en su atención. Aunque aceptáramos su solicitud, no se nos requiere que aceptemos estas restricciones. Puede solicitar una restricción para el uso o la divulgación de su información de salud escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página. Por favor incluya la fecha de la solicitud, su firma o la firma de su representante y la razón de la solicitud.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a pedirnos que le enviemos su información de salud en una forma distinta o a un lugar distinto si considera que podría estar en peligro usando nuestra forma habitual de comunicación. Por ejemplo, si tiene miedo de que alguien que viva con usted pudiera abrir el correo que le enviemos y dañarlo como resultado de esto, puede pedirnos que le enviemos su correo a la dirección de un pariente o su patrón. Necesitaremos que haga su solicitud por escrito. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables. Puede pedirnos que le enviemos su información de salud en una forma distinta o a un lugar distinto escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página. Por favor incluya la fecha de la solicitud, su firma o la firma de su representante y la razón de la solicitud.

6. Derecho a una copia en papel del aviso. Tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página. Por favor incluya la fecha de la solicitud, su firma o la firma de su representante y la razón de la solicitud.

Quejas

Si considera que se han infringido sus derechos de privacidad conforme a la HIPAA, puede presentar una queja escribiendo a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. También puede enviar una queja por escrito al Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 26 Federal Plaza, Suite 3313, New York, NY 10278.

Neighborhood Health Providers y Suffolk Health Plans
Servicios para Afiliados
PO Box 19769
Charlotte, NC 28219-9769

Si considera que sus derechos han sido infringidos conforme al Artículo 27-F (que protege la confidencialidad de la información sobre usted relacionada con el VIH), puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y/o entablar una demanda. El Instituto para el SIDA del Departamento de Salud cuenta con una unidad de investigación especial que se encarga de las quejas conforme al Artículo 27-F. Su número telefónico directo es el 1-800-962-5065 o puede enviar una queja por escrito a Special Investigation Unit, AIDS Institute, New York State Department of Health, 90 Church Street, New York, NY 10007.

Cambios a este aviso

Podríamos cambiar los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si cambiamos los términos de este Aviso, los nuevos términos se aplicarán a toda su información de salud ya sea que la hayamos creado o recibido antes o después de la fecha en que se cambie el Aviso. Le notificaremos sobre los cambios a este Aviso enviándole una copia del nuevo Aviso por correo en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que éste entre en vigor.

Información adicional

Si tiene alguna pregunta o quisiera información adicional sobre este Aviso o nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese a nuestra dirección de Servicios para Afiliados que aparece en la parte inferior de esta página.

Fecha en vigor

Este Aviso de Prácticas de Privacidad entra en vigor a partir del 1 de noviembre de 2010.