

Aviso de prácticas de privacidad

Su información

Sus derechos

Nuestras responsabilidades



WellLife Network Inc.
Executive Offices
1985 Marcus Ave.
Suite 100
New Hyde Park, NY 11042
718.559.0516
www.WellLifeNetwork.org

A partir del: 6 de febrero de 2026

Índice

- Introducción 2
- Sus derechos con la información médica..... 3
- Sus elecciones sobre lo que compartimos 5
- Nuestros usos y revelaciones sin autorización 6
- Nuestros usos y revelaciones con autorización 8
- Nuestras responsabilidades para mantener su privacidad 12
- Si tiene preguntas, comuníquese..... 13

Aviso de prácticas de privacidad

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), a WellLife Network Inc. (“WellLife”) está obligado a mantener la privacidad de la información médica que lo identifique, llamada información médica protegida (PHI), y a notificarle de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad sobre la PHI. WellLife está comprometida con la protección de su PHI y hará esfuerzos razonables para asegurar la confidencialidad de su PHI, según lo exija el estatuto y la reglamentación. Tomamos este compromiso con seriedad y trabajaremos con usted para cumplir su derecho a recibir cierta información según la HIPAA.

Este aviso describe los tipos de revelaciones que la HIPAA permite que WellLife haga sin autorización. En la medida en que una ley estatal o federal más restrictiva restrinja dichas revelaciones, este aviso refleja la ley más restrictiva.

Compartiremos su información médica protegida con “socios comerciales” externos que hacen diversas actividades para la Agencia. Siempre que un acuerdo entre nuestra Agencia y un socio comercial implique el uso o la revelación de su información médica protegida, tendremos un contrato por escrito con los términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida.

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y REVELARSE
INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A
ESTA INFORMACIÓN.**

REVÍSELO ATENTAMENTE.

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

1. Obtener una copia de su expediente médico en papel o electrónica. Puede pedir consultar u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información médica de usted que tengamos:
 - Llamando al **718-559-0553**, enviando su solicitud por fax al **347-682-2852** o enviando un correo electrónico a HIM-Recordsfacility@welllifenetwork.org
 - Le daremos una copia o un resumen de su información médica en un plazo de 30 días de su solicitud. Es posible que le cobremos un cargo razonable, según el costo.
2. Corregir su expediente médico en papel o electrónico.
 - Usted puede pedirnos que corrijamos su información médica que considere incorrecta o incompleta.
 - Es posible que digamos que “no” a su solicitud, pero le explicaremos por escrito en un plazo de 60 días.
3. Solicitar comunicaciones confidenciales.
 - Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, por teléfono de casa u oficina) o que enviemos correos a otra dirección.
 - Diremos que “sí” a todas las solicitudes **razonables**.
4. Limitar lo que usamos o compartimos.
 - Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No se nos exige aceptar su solicitud; es posible que digamos que “no” si esto afecta a su atención.
 - Tiene derecho a solicitar restricciones para el uso en un directorio del centro (si corresponde).
 - Tiene derecho a solicitar restricciones a familiares y otras personas que participan en su atención. No se nos exige aceptar su solicitud; es posible que digamos que “no” si esto afecta a su atención.

-
- Si paga el total de un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica. Diremos que “sí” a menos que una ley nos exija a compartir esa información.
5. Mínimo necesario
 - Excepto para el tratamiento, solo debe usarse o revelarse la información mínima necesaria para lograr el objetivo.
 6. Revelaciones incidentales
 - Se permiten revelaciones incidentales si existen medidas preventivas razonables.
 7. Obtener una lista de las personas con que hemos compartido su información.
 - Puede pedir una lista de las veces que hemos compartido su información en los seis (6) años previos a la fecha en que la pidió, con quién la compartimos y por qué.
 - Incluiremos todas las revelaciones, excepto las que se relacionan con tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, y algunas otras revelaciones (como cualquiera que nos pida).
 - Daremos un (1) registro gratuito al año, pero cobraremos un cargo razonable según el costo si nos pide otro en un plazo de doce (12) meses.
 8. Obtener una copia de este aviso de privacidad.
 - Puede pedir una copia en papel de este aviso, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente. Le daremos una copia en papel lo antes posible.
 9. Elegir a alguien que actúe en su nombre.
 - Si le dio a alguien un poder notarial médico, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
 - Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
 10. Presentar una queja si cree que se vulneraron sus derechos.

-
- Puede presentar una queja si cree que hemos vulnerado sus derechos ante el **oficial de privacidad y cumplimiento corporativo al 718-559-0536** o la **línea directa de cumplimiento de WellLife al 866-713-2331**.
 - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU. (1) enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, (2) llamando al 877-696-6775, o (3) visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus decisiones sobre lo que compartimos

Para cierta información médica, puedes decirnos sus preferencias sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo quiere que compartamos su información en las situaciones descritas abajo, infórmenos. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros que participen en su atención.
- Compartamos información en una situación de ayuda ante desastre.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos adelantarnos y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando corresponda para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

No compartiremos ninguna información identificable de las siguientes maneras a menos que nos dé su permiso por escrito:

- Fines de comercialización
- Venta de su información
- Revelación de notas de psicoterapia (a menos que lo exija una orden del tribunal o lo solicite una entidad del gobierno)

Si se trata de recaudación de fondos, es posible que nos comuniquemos con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no nos comuniquemos con usted de nuevo.

Nuestros usos y revelaciones sin autorización

Podemos usar o revelar su información por muchos motivos diferentes. En ciertas situaciones, que se describen en este aviso, debe obtenerse su autorización por escrito para usar o revelar su PHI. Sin embargo, no se necesita su autorización por escrito para los siguientes usos o revelaciones por parte de WellLife para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Normalmente compartimos su información médica, lo más limitada posible, de las siguientes maneras:

Para tratarlo

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo tratan. *Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

Para facturar servicios

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes médicos u otras entidades. *Ejemplo: Le damos información de usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

Para dirigir nuestra organización

Podemos usar y compartir su información médica para dirigir nuestro negocio, mejorar su atención y comunicarnos con usted, cuando sea necesario. *Ejemplo: Usamos información médica de usted para manejar su tratamiento y servicios.*

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras que no necesitan autorización (excepto en cuanto a cierta información muy confidencial descrita aquí), generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para esto.

Para obtener más información, consulte:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>

Ayuda con asuntos de salud y seguridad públicas

Podemos compartir información médica de usted para ciertas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiradas de productos
- Reporte de reacciones adversas a medicamentos
- Reporte de sospechas de abuso, descuido o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Investigación

Usaremos o compartiremos su información para la investigación médica.

Cumplimiento de la ley

Compartiremos información de usted si las leyes locales, estatales o federales lo exigen, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere revisar que cumplimos las leyes federales de privacidad.

Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información médica de usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajo con un examinador médico o director de funeraria

Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona fallece. Después de su fallecimiento, podemos seguir revelando su información a familiares y otros que hayan participado en su atención antes de su fallecimiento, a menos que usted se haya opuesto antes su muerte.

Tratamiento de solicitudes de compensación de trabajadores, de la policía y otras solicitudes del gobierno

Podemos usar o compartir información médica de usted

- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para fines policiales o con un funcionario policial
- Revelaciones limitadas para identificar sospechosos, reportar delitos en las instalaciones o en emergencias
- Con agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones del gobierno especiales como las fuerzas armadas, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

Respuesta a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica de usted en respuesta a una orden del tribunal o administrativa o a una citación ordenada por el tribunal. Podemos compartir su información en respuesta a ciertas órdenes administrativas solo si la parte solicitante da garantías adecuadas de que a usted lo informaron o si existe una orden de protección calificada.

Usos y revelaciones con autorización por escrito

Debemos pedir su autorización por escrito para cualquier otro uso o revelación de su PHI que no se haya descrito arriba. Si nos autoriza a usar o revelar su PHI, luego puede cancelar la autorización y detener cualquier uso o revelación futura de su PHI según esa autorización previa. Puede cancelar una autorización presentando una solicitud por escrito de dicha cancelación ante el programa WellLife donde recibió los servicios o comunicándose con el oficial de privacidad de WellLife.

Información muy confidencial

Ciertas leyes estatales y federales exigen la protección especial de la privacidad para cierta información sobre usted muy confidencial, incluyendo el subconjunto de su PHI que: (i) se mantiene en las notas de psicoterapia; (ii) trata sobre los servicios de tratamiento de salud mental que prestamos; (iii) trata sobre los servicios por abuso de alcohol o drogas o los programas para adicción por consumo de sustancias que manejamos nosotros; o (iv) incluye información genética o sobre el VIH/SIDA (“Información altamente confidencial”). Generalmente debemos obtener su autorización para revelar cualquier información sobre usted muy confidencial, pero podemos revelarla sin su autorización en las siguientes circunstancias:

1. Notas de psicoterapia. En general, no usaremos ni revelaremos información registrada por un profesional de la salud mental para documentar o analizar sus conversaciones en terapia, a menos que nos autorice. Sin embargo, podemos usar o revelar dicha PHI sin su autorización para los siguientes fines:
 - a. el profesional médico que registró la información puede usarla para tratarlo;
 - b. en situaciones limitadas, podemos usar o revelar dicha PHI para la capacitación en consejería de salud mental que se hace en uno de nuestros centros;

-
- c. podemos usar o revelar sus notas de psicoterapia como defensa ante cualquier procedimiento legal que usted inicie; y
 - d. podemos usar o revelar nuestra PHI para cumplir la ley, la salud pública, la supervisión médica o para evitar daños.
2. Tratamiento de salud mental. La información sobre su tratamiento de salud mental puede usarse o compartirse con quienes le prestan tratamiento a usted. También puede revelarse a entidades responsables de pagar su atención, como las compañías de seguros, pero solo se revelará la cantidad de información necesaria para fines de pago. Si preguntan y creemos que es lo mejor para usted, es posible que le digamos a su abogado, tutor o curador (si hubiera), o a un familiar suyo que usted es un paciente, a menos que nos diga que no lo hagamos. Si usted es paciente, es posible que le digamos al defensor de la salud mental su nombre y cuándo comenzó su tratamiento, a menos que nos diga que no lo hagamos.

La información sobre su tratamiento de salud mental puede revelarse cuando lo ordene un tribunal o lo exija la ley de otra manera, como cuando se reportan sospechas de abuso infantil o para los reportes ante el departamento de salud u otras agencias reguladoras. También podemos usar o revelar información sobre tratamientos de salud mental para evaluación de programas o investigación en circunstancias limitadas. Si hay una emergencia, la información sobre su tratamiento de salud mental puede usarse o revelarse para evitar que alguien (incluyendo usted) se lastime. Si es menor de edad, sus registros de tratamiento de salud mental pueden compartirse con su padre/madre o tutor en ciertas circunstancias.

3. Los registros relacionados con los trastornos por consumo de sustancias están sujetos a protecciones de confidencialidad más estrictas y especializadas según la ley federal (42 CFR Parte 2) que las que protegen la información médica protegida estándar. Registros de tratamiento por consumo de drogas y alcohol (“otra ley aplicable” que es más estricta que la Norma de privacidad de la HIPAA). La confidencialidad de la PHI relacionada con el consumo de alcohol y drogas, que tienen los programas de prevención y

consumo de sustancias que manejamos, está protegida por la ley y las reglamentaciones federales. Los registros recibidos de los programas de la Parte 2 no se usarán ni revelarán en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos contra usted a menos que se obtengan con un consentimiento por escrito u orden del tribunal después de informarlo y le den la oportunidad a usted o al titular de los registros de escucharlos, según se establece en 42 CFR parte 2. En general, no podemos decirle a ninguna persona fuera del programa que usted participa en el programa ni podemos revelar ninguna información que lo identifique como consumidor de alcohol o drogas a menos que:

- a. dé su consentimiento por escrito. Para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, los registros de la Parte 2 generalmente necesitan el consentimiento específico del paciente, a diferencia de la información general de la HIPAA;
- b. sea para el personal del programa para dar tratamiento y mantener el expediente clínico;
- c. sea en virtud de un acuerdo con un socio comercial (p. ej., laboratorios clínicos, farmacia, servicios de almacenamiento de registros, servicios de facturación), siempre que la revelación sea para tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y cumpla los requisitos específicos de consentimiento y confidencialidad. Los programas de la Parte 2 pueden obtener un consentimiento único para futuras revelaciones de TPO a socios comerciales;
- d. para investigación, auditoría o evaluaciones (p. ej., revisión de licencias estatales, acreditación, reportes de datos de programas según lo exija el gobierno estatal o federal);
- e. para reportar un delito cometido en las instalaciones del programa o contra el personal del programa;
- f. para el personal médico en una emergencia médica/psiquiátrica;
- g. para las autoridades correspondientes para reportar sospechas de abuso o descuido infantil;
- h. para informar de ciertas enfermedades infecciosas según lo exija la ley estatal; o
- i. según lo permita una orden del tribunal.

Tiene derecho a que se revise cualquier descripción existente de un uso o revelación permitido de información protegida para que refleje los requisitos legales más estrictos para el uso y revelación de información, incluyendo los requisitos según 42 CFR Parte 2. Si tenemos la intención de usar o revelar dichos registros del programa de la Parte 2 para recaudación de fondos que nos beneficie, le daremos una oportunidad clara y visible para elegir no recibir ninguna comunicación de recaudación de fondos. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre las revelaciones para TPO y a solicitar una lista de revelaciones. Tiene derecho a presentar una queja si se vulneran sus derechos de privacidad de la Parte 2 y no habrá represalias si lo hace. La PHI que revelamos adecuadamente la puede “volver a revelar” el destinatario después de su autorización para revelarla, y entonces la información ya no estará protegida. Las leyes y reglamentaciones federales no protegen PHI relacionada con sospechas de abuso o descuido infantil de su revelación bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes. (Consulte 42 U.S.C.290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3 para leyes federales y 42 CFR parte 2 para reglamentaciones federales).

4. Información relacionada con el VIH/SIDA. La información relacionada con el VIH/SIDA está sujeta a una protección especial según la ley de Nueva York. Revelaremos su información relacionada con el VIH/SIDA a otras personas que no estén calificadas para actuar como su representante personal sin su autorización por escrito de la siguiente manera:
 - a. a proveedores de atención médica para tratamiento o pago;
 - b. a un proveedor de atención médica de emergencia o a un trabajador de atención médica que haya estado expuesto accidentalmente a fluidos corporales potencialmente infecciosos;
 - c. a una agencia del gobierno según lo exija la ley;
 - d. a las aseguradoras para reembolsos si la información es necesaria para pagar por la atención;
 - e. en respuesta a una orden especial del tribunal emitida por un juez;

-
- f. al personal médico y a algunos otros miembros del personal supervisor que prestan o monitorean servicios si usted está en prisión o en libertad condicional;
 - g. a agencias de supervisión o del gobierno que están autorizadas a acceder al expediente médico cuando sea necesario para supervisar, monitorear o administrar servicios médicos o servicios sociales; o
 - h. según lo permita la ley de otra manera.

Nuestras responsabilidades para mantener su privacidad:

La ley nos exige:

- Mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Informarlo lo antes posible si ocurre una vulneración que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Cumplir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de este.
- No usar ni compartir su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza a hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Menores y representantes personales

En la mayoría de las situaciones, los padres, tutores u otros con responsabilidades legales para menores de edad (menores de 18 años) pueden ejercer los derechos descritos en el Aviso en nombre del menor. Sin embargo, hay situaciones en las que los menores pueden ejercer ellos mismos los derechos descritos en este Aviso y los padres o tutores del menor no pueden.

Cambios en los términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos de usted. El nuevo aviso estará disponible, si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Si tiene alguna pregunta

No dude en llamar o enviar un correo electrónico a **Bárbara Selden, Oficial de Privacidad de WellLife Network**, al **718-559-0536** o Barbara.Selden@WellLifeNetwork.org.

Además del contacto de arriba, la agencia cumple las leyes aplicables del estado de Nueva York sobre asuntos de confidencialidad de los clientes.



Reconocimiento y consentimiento del Aviso de prácticas de privacidad

Me dijeron cómo WellLife Network Inc. puede usar y revelar mi información médica y cómo puedo obtener acceso y controlar esta información.

Firmando abajo, reconozco que revisé el documento de Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA de WellLife Network Inc. y entiendo que puedo obtener una copia de este Aviso de prácticas de privacidad para mi archivo si lo solicito.

Firma de la persona que recibe o el representante personal Fecha

Nombre en letra de molde de la persona que recibe o el representante personal Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal Fecha

(Si la persona que recibe o el representante personal se niega a firmar, indíquelo abajo junto con su nombre, fecha y firma)

☐ La persona que recibe o el representante personal se niega a firmar este Reconocimiento y consentimiento

Nombre Firma del representante de WellLife Network Inc. Fecha

