



En vigencia a partir del 16 de febrero de 2026

MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004

Sitio web: [www.metroplus.org](http://www.metroplus.org)

Teléfono general: 1-800-303-9626

TTY: 711

Correo electrónico:

[PrivacyOfficer@metroplus.org](mailto:PrivacyOfficer@metroplus.org)

## Su información.

## Sus derechos.

## Sus responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted, y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades para ayudarlo.

---

#### **Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones**

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones y demás información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamaciones, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Le cobraremos \$0.75 (75 centavos) por cada página de las copias que usted solicite.

---

#### **Pedir que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones**

- Usted puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones si considera que son incorrectos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos denegar su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

---

*continúa en la siguiente página*

## Sus derechos (continuación)

---

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos contactemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su hogar o laboral) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptarlas si nos dice que usted estaría en peligro si no lo hacemos.

---

### Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que **no** usemos ni compartamos cierta información de salud relacionada con tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos denegarla si afectara su atención.

---

### Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información

- Usted puede solicitar un listado (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y el motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (tales como las que nos haya solicitado que hagamos). Le entregaremos un listado al año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable en función del costo si solicita otro listado en un plazo de 12 meses.
- Para solicitar comunicaciones confidenciales, llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711). Las solicitudes para cambiar o modificar este tipo de solicitud de comunicación confidencial deben hacerse por escrito a la dirección que figura más abajo.

---

### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibir este aviso electrónicamente. Le brindaremos una copia impresa oportunamente. Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios al Miembro al 1-800-303-9626 (TTY: 711).

---

### Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder para tomar decisiones de atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta facultad y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar una medida.

*continúa en la siguiente página*

## Sus derechos (continuación)

### Presentar una queja si considera que se vulneran sus derechos

- Si considera que hemos infringido sus derechos, puede presentar una queja al comunicarse con nosotros mediante la información que figura en la página 1.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, enviando un correo electrónico a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov) o presentado una queja a través del Portal para Quejas de la OCR. Para más información, visite <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>. No tomaremos medidas en su contra por presentar una queja.

### Antiguos miembros

- Si finaliza su membresía con MetroPlusHealth, su Información quedará protegida de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos para nuestros miembros actuales.

## Sus elecciones

**Para determinada información de salud, puede indicarnos sus elecciones en cuanto a lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que desea que compartamos su información en las situaciones que se describen a continuación, infórmenos. Cuéntenos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartamos la información con su familia, con sus amigos cercanos o con otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos la información en una situación de ayuda ante catástrofes.

*Si no puede decirnos qué prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si consideramos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad.*

### En estos casos, nunca compartimos su información, a menos que nos dé su permiso por escrito:

- Objetivos de comercialización
- Venta de su información

*continúa en la siguiente página*

## Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud para los siguientes propósitos.

---

**Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe**

- Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo atienden.
- Programas o productos relacionados con la salud: MetroPlusHealth puede proveerle información sobre tratamientos médicos, programas, productos y servicios. La información provista está sujeta a los límites impuestos por la ley.
- Recordatorios: MetroPlusHealth puede usar y divulgar información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) sobre usted (por ejemplo, llamándolo o enviándole un mensaje de texto o una carta) para recordarle sobre una cita para un tratamiento o porque es el momento de que programe una cita para un chequeo de rutina o para aplicarse una vacuna, o para proveerle información sobre alternativas de tratamiento (“opciones”) u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que le pueden llegar a interesar.

**Ejemplo:** Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

---

*continúa en la siguiente página*

## Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

### Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- **No tenemos permitido usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura.** Esto no aplica a los planes de atención a largo plazo.

**Ejemplo:** Usamos información de salud sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

*El Departamento de Gestión de Calidad de MetroPlusHealth puede usar su información de salud para mejorar la calidad de los programas, datos y procesos comerciales del Plan. A modo de ejemplo, nuestro personal encargado de gestión de calidad o los enfermeros revisores contratados pueden revisar su historial médico para evaluar la calidad de la atención que usted y todos los miembros del Plan recibieron.*

**¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud?** Se nos permite o requiere que compartamos su información de otras maneras —por lo general para contribuir al bien público, tal como a la salud pública e investigaciones. Debemos reunir muchas condiciones legales antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

### Administrar su plan

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

**Ejemplo:** Su empresa nos contrata para que proveamos un plan médico y nosotros le damos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

### Pagar por sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud para pagar por sus servicios de salud.

**Ejemplo:** Compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de la atención odontológica recibida.

*continúa en la siguiente página*

## Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

### **Brindar atención de calidad y prestar servicios de manera eficiente**

MetroPlusHealth participa en los intercambios de información de salud (HIEs, por sus siglas en inglés) operados por Healthix y Bronx Regional Health Information Organization (Bronx RHIO). Ambos HIEs pertenecen a la Red Estatal de Información de Salud de Nueva York (SHIN-NY, por sus siglas en inglés).

Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica. Bronx RHIO es un intercambio de información clínica establecido por las principales organizaciones de atención médica del distrito.

Estos HIEs cumplen las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA y de las leyes del estado de Nueva York.

La información de los miembros en Healthix y Bronx RHIO proviene de lugares que le han brindado atención médica o de información de seguros de salud (reclamaciones). Estas fuentes de datos pueden incluir a hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica de manera electrónica. Hay disponible una lista actualizada de estas fuentes de datos en Healthix y Bronx RHIO.

Este aviso tiene la intención de informar a nuestros miembros que, como parte de su participación en HIEs, MetroPlusHealth puede enviar/cargar electrónicamente su información médica protegida a estos HIEs. Además, determinados miembros del personal de MetroPlusHealth están autorizados para acceder a la información de los miembros a través de Healthix y Bronx RHIO, de conformidad con las normas aplicables de consentimiento.

El consentimiento para acceder a Healthix y Bronx RHIO habitualmente se concede según las circunstancias específicas de cada organización. Sin embargo, los miembros tienen la opción de denegar el acceso a todas las organizaciones en Healthix y Bronx RHIO.

Para hacerlo, visite:

- El sitio web de Healthix en [www.healthix.org](http://www.healthix.org) o llame a Healthix al 877-695-4749.
- El sitio web de Bronx RHIO en <https://bronxrhio.org/> o llame a Bronx RHIO al 718-696-0450.

*continúa en la siguiente página*

## Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

---

### Ayudar con la salud pública y problemas de seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, tales como:

- o Evitar enfermedades
- o Informar reacciones adversas a los medicamentos
- o Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- o Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguna persona.

---

### Realizar investigaciones

Podemos usar o compartir su información para fines de investigación sanitaria.

---

### Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si lo requieren las leyes estatales o federales, e incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea corroborar que cumplimos con la ley de privacidad federal.

---

### Abordar solicitudes de compensación a trabajadores, de cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- o Para resolver reclamaciones de compensaciones a trabajadores
- o Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado del cumplimiento de la ley
- o Con agencias de supervisión de salud autorizadas por ley
- o Para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

---

### Responder a juicios y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa **legal** o en respuesta a una citación.

**Norma especial aplicable a los registros de trastorno por consumo de sustancias (SUD) (42 CFR Parte 2):** En la medida en que mantengamos sus registros de paciente relacionados con trastornos por consumo de sustancias conforme a la Parte 2 del 42 CFR, no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial que cumpla con la Parte 2 del 42 CFR y una citación judicial.

---

*continúa en la siguiente página*

## Nuestros usos y divulgaciones (continuación)

### Leyes del estado de Nueva York en materia de divulgación de ciertos tipos de información

MetroPlusHealth debe cumplir con leyes adicionales del estado de Nueva York que tienen un nivel mayor de protección para la información personal, especialmente la información relacionada con la condición o el tratamiento del VIH/SIDA; la salud mental; el trastorno por consumo de sustancias y la planificación familiar.

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos oportunamente si se produce un incumplimiento que podría comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.

No usaremos ni compartiremos su información de otras formas distintas a las descritas en este documento, a menos que nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos autoriza a compartir o usar su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>.

### Cambios a los términos en este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo pedido en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Este aviso entra en vigor a partir del 16 de febrero de 2026.

## Información de contacto

Si tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o si desea presentar una queja o ejercer sus derechos descritos arriba, póngase en contacto con:

**Customer Services – MetroPlusHealth Plan**  
**50 Water Street, 7th Floor**  
**New York, NY 10004**

- **Teléfono general:** 1-800-303-9626, 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- **Miembros de Medicare:** 1-866-986-0356, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- **TTY:** 711

## Cómo comunicarse con nosotros de manera anónima:

**Línea directa de cumplimiento** (totalmente anónima y accesible las 24 horas al día, los 7 días a la semana, los 365 días al año):

- Llame al 1-888-245-7247 o
- Presente un informe en línea visitando:  
<https://metroplus.org/about-us/privacy-policies/>