

# Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud

Fecha de Vigencia: Enero 1, 2010

AVISO SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA: Páginas 1 a 3  
AVISO SOBRE INFORMACIÓN FINANCIERA: Página 4.



## **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO ATENTAMENTE.**

La ley nos exige que protejamos la privacidad de su información de salud. También se nos exige que le enviemos este aviso en el que se explica cómo podemos usar la información sobre usted y cuándo podemos revelar o "divulgar" dicha información a otras personas. Usted también tiene derechos respecto a su información de salud, los cuales se describen en este aviso. La ley nos exige que acatemos los términos de este aviso.

Los términos "información" o "información de salud" en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que pueda ser razonablemente utilizada para identificarlo y que se relacione con su condición de salud física o mental, la prestación de atención de la salud o el pago por dicha atención de la 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, le enviaremos un aviso modificado por correo directo que refleje dicho cambio en un plazo de 60 días del cambio y además publicaremos el aviso modificado en nuestro sitio de Internet [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com).

Nos reservamos el derecho de poner en vigencia cualquier aviso modificado de información que ya tenemos y de información que recibamos en el futuro.

## **Cómo Utilizamos o Divulgamos la Información**

**Debemos** utilizar y divulgar su información de salud para brindar dicha información:

- A usted o a otra persona que tenga el derecho legal de actuar por usted (su representante personal) para administrar sus derechos según se describe en este aviso; y
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurar la protección de su privacidad.

**Tenemos derecho a** utilizar y divulgar la información de salud para su tratamiento, para pagar su atención de la salud y administrar nuestra empresa. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar su información de salud:

- **Para el Pago** de primas que se nos adeuden, para determinar su cobertura y para procesar reclamos por los servicios de atención de la salud que usted reciba, incluyendo la subrogación o coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si usted es elegible para la cobertura y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.

<sup>1</sup>Este Aviso de Prácticas de Privacidad sobre Información Médica se aplica a los siguientes planes de salud afiliados a UnitedHealth Group: ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Insurance Company of California; American Medical Security Life Insurance Company; AmeriChoice of Connecticut, Inc.; AmeriChoice of Georgia, Inc.; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; AmeriChoice of Pennsylvania, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Arnett HMO, Inc.; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Evercare of Arizona, Inc.; Evercare of New Mexico, Inc.; Evercare of Texas, LLC; Golden Rule Insurance Company; Great Lakes Health Plan, Inc.; Health Plan of Nevada, Inc.; IBA Health and Life Assurance Company; MAMSI Life and Health Insurance Company; MD - Individual Practice Association, Inc.; Midwest Security Life Insurance Company; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; Pacific Union Dental, Inc.; PacifiCare Behavioral Health of California, Inc.; PacifiCare Behavioral Health, Inc.; PacifiCare Dental; PacifiCare Dental of Colorado, Inc.; PacifiCare Insurance Company; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of California; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; PacifiCare of Oklahoma, Inc.; PacifiCare of Oregon, Inc.; PacifiCare of Texas, Inc.; PacifiCare of Washington, Inc.; Sierra Health & Life Insurance Co., Inc.; Spectera, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Family Health Plan of Pennsylvania, Inc.; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; Unison Health Plan of Ohio, Inc.; Unison Health Plan of Pennsylvania, Inc.; Unison Health Plan of South Carolina, Inc.; Unison Health Plan of Tennessee, Inc.; Unison Health Plan of the Capital Area, Inc.; United Behavioral Health; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Insurance Company of Ohio; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; United HealthCare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; United HealthCare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United HealthCare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Tennessee, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; United HealthCare of Utah; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

- **Para Tratamiento.** Podemos utilizar o divulgar información de salud para colaborar con su tratamiento o con la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a proporcionarle atención médica.
- **Para Operaciones de Atención de la Salud.** Podemos utilizar o divulgar información de salud, según sea necesario, para operar y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con la prestación y administración de su cobertura de cuidado de la salud. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerirle un programa de bienestar o para el manejo de enfermedades que podría ayudar a mejorar su salud o podríamos analizar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios.
- **Para Brindarle Información sobre Programas o Productos Relacionados con la Salud,** como por ejemplo tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud, sujetos a los límites impuestos por la ley a partir de febrero 17, 2010.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si usted recibe la cobertura a través de un plan de salud de grupo patrocinado por la empresa para la cual trabaja, podemos compartir un resumen de la información de salud y de la información de inscripción y cancelación de la inscripción con el patrocinador del plan. Además, podemos compartir otra información de salud con el patrocinador del plan para la administración del plan si dicho patrocinador acepta restricciones especiales en el uso y la divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.
- **Para Recordatorios.** Podemos utilizar o divulgar información de salud para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o atención, por ejemplo, recordatorios de citas con proveedores que le brindan atención médica.

**Podemos** utilizar o divulgar su información de salud con los siguientes fines y bajo circunstancias limitadas:

- **Según lo Exija la Ley.** Podemos divulgar información cuando la ley lo exija.
- **A las Personas que Participan en su Atención.** Podemos utilizar o divulgar su información de salud a las personas que participan en su atención o que ayudan a pagar su atención, como por ejemplo, un miembro de su familia, cuando usted esté incapacitado o se encuentre en una emergencia, o cuando usted acepte o no objete cuando se le dé la oportunidad. Si no está disponible o no puede objetar, aplicaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es en su beneficio.
- **Para Actividades de Salud Pública** tales como la prevención o presentación de informes sobre brotes de enfermedades.
- **Para Denunciar Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Intrafamiliar** ante autoridades gubernamentales que estén autorizadas por la ley para recibir dicha información, incluyendo una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley,** como por ejemplo, concesión de licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones sobre fraudes y abusos.
- **Para Procesos Judiciales o Administrativos,** como por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, una orden de allanamiento o una citación.
- **Con Fines de Cumplimiento de la Ley.** Podemos divulgar su información de salud a un oficial responsable de hacer

cumplir la ley, por ejemplo, con el fin de brindar información limitada para localizar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.

- Para Evitar Amenazas Graves a la Salud o Seguridad de su persona, de otra persona o del público, por ejemplo, mediante la divulgación de información a agencias de salud pública o a las autoridades responsables de hacer cumplir la ley, o en el caso de una emergencia o un desastre natural.
- Para Funciones Especializadas del Gobierno, como actividades militares y de veteranos, de seguridad nacional e inteligencia y servicios de protección para el Presidente y otras personas.
- Para Ley de Compensación del Seguro Obrero según lo autoricen, o en la medida que sea necesario cumplir con, las leyes estatales de compensación del seguro obrero que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Con Fines de Investigación, como por ejemplo, investigaciones relacionadas con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidades, si los estudios de investigación cumplen los requisitos de privacidad establecidos por las leyes.
- Para Brindar Información Sobre Difuntos. Podemos divulgar información a un médico forense o médico legista para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o según lo autorizado por la ley. También podemos divulgar información a directores de funerarias, según sea necesario para llevar a cabo sus tareas.
- Con Fines de Obtención de Órganos. Podemos utilizar o divulgar información a entidades encargadas de la obtención, colocación en bancos de órganos o trasplantes de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.
- A Instituciones Correccionales u Oficiales Responsables de Hacer Cumplir la Ley si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial responsable de hacer cumplir la ley, pero sólo si es necesario (1) para que la institución le brinde atención de la salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la protección y seguridad de la institución correccional.
- A Socios Comerciales que desempeñen funciones en nuestro nombre o nos presten servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. A nuestros socios comerciales se les exige, bajo contrato con nosotros, proteger la privacidad de su información y no se les permite utilizar ni divulgar ninguna información que no sea la que se especifica en nuestro contrato. A partir de febrero 17, 2010, nuestros socios comerciales también estarán sujetos directamente a las leyes federales de privacidad.
- Con Fines de Aviso de Violación de Datos. Podemos utilizar su información de contacto para brindarle avisos exigidos legalmente sobre la adquisición, el acceso o la divulgación sin autorización de su información de salud. Podemos enviarle el aviso directamente a usted o al patrocinador de su plan a través del cual usted recibe cobertura.
- Restricciones Adicionales sobre Uso y Divulgación. Ciertas leyes federales y estatales pueden exigir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de cierta información de salud, incluyendo información altamente confidencial sobre usted. La "información altamente confidencial" puede incluir información confidencial de acuerdo con las leyes federales que rigen la información sobre el abuso de alcohol y drogas y la información genética, así como de acuerdo con las leyes estatales que generalmente protegen los siguientes tipos de información:

1. VIH/SIDA;
2. Salud mental;
3. Pruebas genéticas;
4. Abuso de alcohol y drogas;
5. Enfermedades de transmisión sexual e información sobre salud reproductiva; y
6. Abuso o abandono de menores o adultos, incluyendo agresiones sexuales.

Si otras leyes que se aplican a nosotros prohíben o limitan sustancialmente el uso o la divulgación de la información de salud que se describe en este aviso, debemos cumplir con los requisitos de las leyes más rigurosas. Se adjunta a este aviso un Resumen de las Leyes Estatales y Federales respecto al Uso y la Divulgación de Ciertos Tipos de Información Médica.

Excepto las divulgaciones y los usos descritos y limitados según se establece en este aviso, utilizaremos y divulgaremos su información de salud sólo con su autorización por escrito. Una vez que usted nos dé su autorización para divulgar su información de salud, no podemos garantizar que la persona a la que se le proporciona la información no la divulgará. Usted puede retirar o "revocar" su autorización por escrito en cualquier momento, excepto si nosotros ya hemos actuado basándonos en su autorización. Para averiguar dónde debe enviar por correo su autorización por escrito y cómo se revoca una autorización, comuníquese con el número que se indica en el reverso de su tarjeta de identificación.

## Cuáles son Sus Derechos

A continuación se enumeran sus derechos con respecto a su información de salud:

- **Usted tiene derecho a restringir** la forma en que usamos o divulgamos su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. También tiene derecho a solicitar que se restrinjan las divulgaciones a los miembros de su familia o a otras personas involucradas en su atención de la salud o en el pago de su atención de la salud. Es posible que también tengamos políticas sobre el acceso de dependientes que autoricen a sus dependientes a solicitar ciertas restricciones. **Tenga en cuenta que a pesar de que trataremos de cumplir con su pedido y permitiremos solicitudes que sean coherentes con nuestras políticas, no se nos exige que aceptemos cualquier restricción.**
- **Usted tiene derecho a solicitar que un proveedor no nos envíe información de salud** en ciertas circunstancias si la información de salud se relaciona con un artículo o servicio de atención de la salud por el que usted haya pagado al proveedor la cantidad total como desembolso personal.
- **Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de información de distinta forma o en un lugar distinto (por ejemplo, que se le envíe la información a una casilla de correo en lugar de hacerlo a su domicilio). Trataremos de atender las solicitudes razonables cuando la divulgación total o parcial de su información de salud pudiera ponerlo en peligro de alguna forma. Aceptaremos solicitudes verbales cuando solicite recibir comunicaciones confidenciales, pero cuando solicite que se modifique o cancele una solicitud de comunicación confidencial anterior, deberá hacerlo por escrito. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación.
- **Usted tiene derecho a ver y obtener una copia** de la información de salud que puede utilizarse para tomar decisiones sobre usted, como por ejemplo reclamos y

registros de administración médica o de casos. En algunos casos, también puede recibir un resumen de dicha información de salud. Debe realizar una solicitud por escrito para revisar y copiar su información de salud. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación. En ciertas circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de revisar y copiar su información de salud. Podemos cobrar una tarifa razonable por las copias. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a una revisión de la denegación. A partir de febrero 17, 2010, si mantenemos un registro de salud electrónico que contenga su información de salud, usted tiene derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información de salud en formato electrónico a usted o a un tercero que usted identifique. Es posible que cobremos una tarifa razonable por el envío de la copia electrónica de su información de salud.

- **Tiene derecho a solicitar que se enmiende** la información que tenemos sobre usted si cree que su información de salud es incorrecta o está incompleta. Debe hacer la solicitud por escrito y explicar las razones de la enmienda solicitada. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación. Si rechazamos su solicitud, puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **Tiene derecho a recibir una lista** de ciertas divulgaciones de su información que hayamos realizado durante los seis años anteriores a su solicitud. Dicha lista no incluirá las divulgaciones de información hechas: (i) antes de abril 14, 2003; (ii) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud; (iii) a usted de conformidad con su autorización; (iv) a instituciones correccionales o a oficiales responsables de hacer cumplir la ley; y (v) otras divulgaciones que las leyes federales no nos exijan detallar.
- **Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Aun cuando haya aceptado recibir este aviso por medios electrónicos, usted tiene derecho a recibir una copia impresa del mismo. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio de Internet, [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com).

## Cómo Ejercer Sus Derechos

- **Cómo Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea ejercer cualquiera de sus derechos, llame al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, o puede comunicarse con el Centro de Atención Telefónica del Cliente al 866-633-2446.
- **Cómo Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíenos por correo sus solicitudes por escrito de modificación o cancelación de una comunicación confidencial, de copias de sus registros o de enmiendas a su registro, a la siguiente dirección:  
United Healthcare  
Customer Service - Privacy Unit  
PO Box 740815  
Atlanta, GA 30374-0815
- **Cómo Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros, a la siguiente dirección mencionada anteriormente.

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

# AVISO DE PRIVACIDAD SOBRE INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA SU **INFORMACIÓN FINANCIERA** Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **POR FAVOR, LÉALO ATENTAMENTE.**

Fecha de Vigencia: Enero 1, 2010

Nos<sup>2</sup> comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los efectos de este aviso, "información financiera personal" significa información, que no sea información de salud, sobre un afiliado o un solicitante de cobertura de cuidado de la salud, que identifica a la persona, no se encuentra generalmente disponible para el público y se obtiene de la persona o en relación con la prestación de cobertura de cuidado de la salud a la persona.

## Información que Recopilamos

Reunimos información financiera personal sobre usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos de usted en solicitudes o en otros formularios, como por ejemplo, nombre, dirección, edad y número de seguro social; e
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras afiliadas u otras, tales como historial de pago de la prima.

## Divulgación de Información

No divulgamos información financiera personal sobre nuestros afiliados o ex afiliados a ningún tercero, excepto según lo exigido o permitido por la ley.

En el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos divulgar información financiera personal sobre usted u otras personas sin su permiso a nuestras afiliadas corporativas para brindarles información sobre sus transacciones, por ejemplo, su historial de pago de primas.

## Confidencialidad y Seguridad

Restringimos el acceso a su información financiera personal a nuestros empleados y proveedores de servicios involucrados en la administración de su cobertura de cuidado de la salud y en la prestación de servicios para usted. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos en conformidad con las normas federales para proteger su información financiera personal. Realizamos auditorías regulares

para garantizar que la información de nuestros afiliados se maneje y se procese de forma apropiada y segura.

## Su Derecho a Tener Acceso y Corregir Información Personal

Si vive en ciertos Estados<sup>3</sup>, es posible que tenga derecho a solicitar el acceso a la información financiera personal que registremos sobre usted. Su derecho incluye el derecho a conocer la fuente de la información y la identidad de las personas, instituciones o tipos de instituciones a quienes hayamos divulgado dicha información dentro de los 2 años previos a su solicitud. Su derecho incluye el derecho a ver dicha información y a copiarla en persona, o a solicitar que se le envíe una copia por correo (por lo cual podemos cobrarle una tarifa razonable para cubrir nuestros costos). Su derecho también incluye el derecho a solicitar correcciones, enmiendas o eliminaciones de cualquier información que tengamos en nuestro poder. Los procedimientos que debe seguir para solicitar acceso o una enmienda de su información son los siguientes:

**Para obtener acceso a su información:** Presente una solicitud por escrito que incluya su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono y la información registrada a la que desee tener acceso. Indique en la solicitud si desea tener acceso en persona o si desea que se le envíe por correo una copia de la información. Una vez que recibamos su solicitud, nos comunicaremos con usted dentro de los 30 días hábiles para coordinar con usted el acceso en persona o las copias que ha solicitado.

**Para corregir, enmendar o eliminar cualquiera de sus datos:** Presente una solicitud por escrito que incluya su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, la información específica en conflicto y la identidad del documento o registro que contiene la información en conflicto. Una vez que recibamos su solicitud, nos comunicaremos con usted dentro de los 30 días hábiles para informarle que hemos hecho la corrección, enmienda o eliminación, o que nos rehusamos a hacerlo y las razones de la negativa, que tendrá la oportunidad de refutar.

**Envíe por escrito las solicitudes de acceso, corrección, enmienda o eliminación de información a:**

United Healthcare  
Customer Service – Privacy Unit  
PO Box 740815  
Atlanta, GA 30374-0815

<sup>2</sup>A los efectos de este Aviso de Privacidad sobre Información Financiera, "nosotros" hace referencia a las entidades detalladas en el pie de página 1, que comienza en la primera página de los Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud, más las siguientes afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group IPA of New York, Inc.; ACN Group, Inc.; Administration Resources Corporation; AmeriChoice Health Services, Inc.; Behavioral Health Administrators; Behavioral Healthcare Options, Inc.; DBP Services of New York IPA, Inc.; DCG Resource Options, LLC; Dental Benefit Providers, Inc.; Disability Consulting Group, LLC; HealthAllies, Inc.; Innoviant, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Mid Atlantic Medical Services, LLC; Midwest Security Care, Inc.; National Benefit Resources, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Bank, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; PacifiCare Health Plan Administrators, Inc.; PacificDental Benefits, Inc.; ProcessWorks, Inc.; RxSolutions, Inc.; Sierra Health-Care Options, Inc.; Sierra Nevada Administrators, Inc.; Spectera of New York, IPA, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; United Healthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc.

<sup>3</sup>California y Massachusetts.

# UNITEDHEALTH GROUP

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD: ENMIENDAS FEDERALES Y ESTATALES

Fecha de Modificación: Enero 1, 2010

La primera parte de este Aviso, que estipula nuestras prácticas de privacidad para la Información Médica (páginas 1 a 3), describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud bajo las reglas federales de privacidad. Existen otras leyes que pueden limitar nuestros derechos a utilizar y divulgar su información de salud más allá de lo que se nos permita hacer bajo las reglas federales de privacidad. El fin de las siguientes tablas es:

1. mostrar las categorías de información de salud que están sujetas a estas leyes más restrictivas; y
2. brindarle un resumen general de cuándo podemos utilizar y divulgar su información de salud **sin su consentimiento**.

Si se requiere su consentimiento por escrito conforme a las leyes más restrictivas, el consentimiento debe cumplir las reglas particulares de la ley federal o estatal aplicable.

### Resumen de las Leyes Federales

| <b>Información sobre Abuso de Alcohol y Drogas</b>  |  |
|---|--|
| Se nos permite utilizar y divulgar información sobre el abuso de alcohol y drogas que esté protegida por la ley federal sólo (1) en ciertas circunstancias limitadas y/o divulgarla sólo (2) a destinatarios específicos. |  |
| <b>Información Genética</b>   |  |
| No se nos permite utilizar información genética con fines de suscripción.   |  |

### Resumen de las Leyes Estatales

| <b>Información General sobre la Salud</b>   |  |
|---|--|
| Se nos permite divulgar información de salud general sólo (1) bajo ciertas circunstancias limitadas y/o (2) a destinatarios específicos.  | CA, NE, RI, VT, WA, WI   |
| Las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) deben darles a los afiliados la oportunidad de aprobar o rechazar las divulgaciones, sujetas a ciertas excepciones.  | KY   |
| Usted puede restringir ciertas divulgaciones electrónicas de información de salud.  | NV   |
| No se nos permite utilizar información de salud con ciertos fines.  | CA, NH   |
| <b>Recetas</b>  |  |
| Se nos permite divulgar información relacionada con recetas sólo (1) bajo ciertas circunstancias limitadas y/o (2) a destinatarios específicos.   | ID, NV   |
| <b>Enfermedades Transmisibles</b>   |  |
| Se nos permite divulgar información sobre enfermedades transmisibles sólo (1) bajo ciertas circunstancias limitadas y/o (2) a destinatarios específicos.  | AZ, IN, MI, OK   |
| <b>Enfermedades de Transmisión Sexual y Salud Reproductiva</b>  |  |
| Se nos permite divulgar información sobre enfermedades de transmisión sexual y/o información sobre salud reproductiva sólo (1) bajo ciertas circunstancias limitadas y/o (2) a destinatarios específicos. | MT, NJ, WA   |
| <b>Abuso de Alcohol y Drogas</b>  |  |
| Se nos permite utilizar y divulgar información sobre abuso de alcohol y drogas (1) bajo ciertas circunstancias limitadas y/o divulgarla sólo (2) a destinatarios específicos.                             | CT, HI, KY, IL, IN, IA, LA, MD, MA, NH, WA, WI                             |
| La persona que es el sujeto de la información sobre abuso de alcohol y drogas puede restringir la divulgación de dicha información.   | WA   |
| <b>Información Genética</b>   |  |
| No se nos permite divulgar información genética sin su consentimiento por escrito.  | CA, CO, HI, IL, KY, NY, TN   |
| Se nos permite divulgar información genética sólo (1) bajo ciertas circunstancias limitadas y/o (2) a destinatarios específicos.  | GA, MD, MA, MO, NV, NH, NM, RI, TX, UT, VT                                 |
| Las restricciones se aplican a (1) el uso y/o (2) la retención de información genética.   | FL, GA, LA, MD, OH, SD, UT, VT   |
| <b>VIH/SIDA</b>   |  |
| Se nos permite divulgar información relacionada con el VIH/SIDA sólo (1) bajo ciertas circunstancias limitadas y/o (2) a destinatarios específicos.   | AZ, AR, CA, CT, DE, FL, HI, IL, IN, MI, MT, NY, NC, PA, PR, RI, TX, VT, WV |
| Se aplican ciertas restricciones a las divulgaciones orales de información relacionada con el VIH/SIDA.   | CT   |
| <b>Salud Mental</b>   |  |
| Se nos permite divulgar información sobre salud mental sólo (1) bajo ciertas circunstancias limitadas y/o (2) a destinatarios específicos.  | CA, CT, DC, HI, IL, IN, KY, MA, MI, PR, WA, WI                             |
| La persona que es el sujeto de la información puede restringir la divulgación de dicha información.   | WA   |
| Se aplican ciertas restricciones a las divulgaciones orales de información sobre salud mental.  | CT   |
| Se aplican ciertas restricciones al uso de información sobre salud mental.  | ME   |
| <b>Abuso de Menores o Adultos</b>   |  |
| Se nos permite utilizar y divulgar información sobre abuso de menores y/o adultos sólo (1) bajo ciertas circunstancias limitadas y/o divulgarla sólo (2) a destinatarios específicos.                     | AL, CO, IL, LA, NE, NJ, NM, RI, TN, TX, UT, WI                             |