



**Your Information.  
 Your Rights.  
 Our Responsibilities.**

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.**

**You have the right to:**

- Get a copy of your health and claims records
- Correct your health and claims records
- Request confidential communication
- Ask us to limit the information we share
- Get a list of those with whom we've shared your information
- Get a copy of this privacy notice
- Choose someone to act for you
- File a complaint if you believe your privacy rights have been violated

➤ **See page 2**  
 for more information  
 on these rights and  
 how to exercise them

**You have some choices in the way that we use and share information as we:**

- Answer coverage questions from your family and friends
- Provide disaster relief
- Market our services and sell your information

➤ **See page 3**  
 for more information  
 on these choices and  
 how to exercise them

**We may use and share your information as we:**

- Help manage the health care treatment you receive
- Run our organization
- Pay for your health services
- Administer your health plan
- Help with public health and safety issues
- Do research
- Comply with the law
- Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests
- Respond to lawsuits and legal actions

➤ **See pages 3 & 4**  
 for more information  
 on these uses and  
 disclosures

Your Rights

Your Choices

Our Uses and Disclosures

**Su Información.  
 Sus derechos.  
 Nuestras  
 Responsabilidades.**

Esta nota describe cómo se usa y se hace pública la información médica sobre Ud. y cómo tener acceso a esta información. **Por favor, revísela con cuidado.**

**Ud. tiene derecho a:**

- Obtener una copia de su historial médico y sus reclamaciones
- Corregir la información de su salud y reclamaciones
- Solicitar una comunicación confidencial
- Pedir que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes compartimos su información
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a alguien que lo represente
- Entablar una queja si Ud. cree que sus derechos sobre su privacidad han sido violados

➤ **Vea en la página dos**  
 para mayor información  
 sobre estos derechos y  
 cómo hacerlos valer

**Ud. tiene derecho a elegir la forma que se usa y comparte su información cuando:**

- Contestamos las preguntas sobre cobertura de su familia y amigos
- Proporcionamos alivio por un desastre
- Hacemos mercadeo para nuestros servicios y vendemos la información

➤ **Vea en la página 3**  
 para mayor información  
 en estas elecciones y  
 cómo hacerlas valer

**Podemos usar y compartir su información, mientras:**

- Le ayudamos a manejar el tratamiento médico que recibe
- Administramos nuestra organización
- Pagamos por sus servicios de salud
- Administramos su plan de salud
- Ayudamos con problemas de salud pública y seguridad
- Hacemos investigación
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a las solicitudes de compensación para trabajadores, policía y otras solicitudes del gobierno
- Respondemos a demandas y acciones legales

➤ **Vea las páginas 3 y 4**  
 para mayor  
 información sobre usos  
 y divulgaciones

Sus derechos

Su elección

Nuestros usos y divulgaciones

## Your Rights

### When it comes to your health information, you have certain rights.

This section explains your rights and some of our responsibilities.

- Get a copy of your health and claims records**
  - You can ask to see or get a copy of your health and claims records and other health information we have about you. Ask us how to do this.
  - We will provide a copy or a summary of your health and claims records, usually within 30 days of your request. We reserve the right to charge a reasonable, cost-based fee.
- Ask us to correct health and claims records**
  - You can ask us to correct your health and claims records if you think they are incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
  - We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.
- Request confidential communications**
  - You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
  - We will consider all reasonable requests, and must say “yes” if you tell us you would be in danger if we do not.
- Ask us to limit what we use or share**
  - You can ask us **not** to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations.
  - We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.
- Get a list of those with whom we’ve shared information**
  - You can ask for a list (accounting) of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you make the request, who we shared it with, and why.
  - It’s our responsibility to include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
- Get a copy of this privacy notice**
  - You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.
- Choose someone to act for you**
  - If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
  - We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
- File a complaint if you feel your rights are violated**
  - You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on page 1 or contacting the current Medical Assistance Division Compliance Officer at 505-827-3103.
  - You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
  - We will not retaliate against you for filing a complaint.

## Sus Derechos

### Cuando se trata de la información de su salud, Ud. tiene ciertos derechos.

Esta sección le explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades.

- Obtener una copia de su historial médico y sus reclamaciones**
  - Ud. puede pedir o ver una copia de su historial médico y reclamaciones y otra información de su salud que nosotros tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - Le daremos una copia o el resumen de su historial médico y reclamaciones, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Nos reservamos el derecho de cobrar una cantidad razonable basada en el costo.
- Solicitar corrección de su historial médico y reclamaciones**
  - Puede pedir que corrijamos su historial médico y reclamaciones, si Ud. cree que hay información incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - Podemos decir “no” a su solicitud, pero le haremos saber la razón por escrito dentro de 60 días.
- Solicitar comunicaciones confidenciales**
  - Ud. puede pedir que le contactemos de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o enviar un correo electrónico a una dirección diferente.
  - Consideraremos todas las solicitudes que sean razonables, y debemos decir “sí” si nos dice que sería un peligro para Ud. si nosotros no lo hacemos.
- Pedir que limitemos la información que compartimos**
  - Ud. puede pedir que **no** usemos ni compartamos cierta información de su salud para el tratamiento, pagos o en nuestras operaciones.
  - No tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, y podemos decir “no” si podría afectar su cuidado.
- Obtener una lista de aquellos con quienes compartimos su información**
  - Ud. puede pedir una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información, hasta seis años antes a la fecha de su solicitud, con quien la hemos compartido, y por qué.
  - Es nuestra responsabilidad incluir todas las divulgaciones excepto aquellas sobre su tratamiento, pagos, operaciones del cuidado de la salud, y ciertas otras divulgaciones (como las que Ud. nos pidió hacer). Le proporcionaremos un informe por año, gratis, pero cobraremos una cantidad razonable, basada en el costo, si Ud. solicita otra copia dentro de 12 meses.
- Obtener una copia de la notificación de privacidad**
  - Ud. puede solicitar en cualquier momento una copia en papel de esta notificación, incluso si Ud. haya acordado de recibir una notificación en forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad posible.
- Elegir a alguien que lo represente**
  - Si Ud. le ha dado a alguien un poder notarial médico, o alguien es su guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la información de su salud.
  - Nos aseguraremos que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por Ud. antes de que tomemos cualquiera acción.
- Entablar una queja si Ud. cree que sus derechos han sido violados**
  - Ud. puede entablar una queja si cree que nosotros hemos violados sus derechos. Puede contactarnos usando la información de la página 1 o ponerse en contacto con el actual oficial de cumplimiento de la División de Asistencia Médica, al 505-827-3103.
  - Ud. puede entablar una queja con el U.S. Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) en la oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue SW, Washington D.C. 20201 o llamando al 1-877-696-8775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
  - No tomaremos represalias en su contra por entablar una queja.

## Your Choices

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described in the Responsibilities section, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

**In these cases, you have both the right and choice to tell us to:**

- Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care
- Share information in a disaster relief situation

*If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*

**In these cases we never share your information unless you give us written permission:**

- Marketing purposes
- Sale of your information

## Our Uses and Disclosures

**How do we typically use or share your health information?**

We typically use or share your health information in the following ways.

**Help manage the health care treatment you receive**

- We can use your health information and share it with professionals who are treating you.  
**Example:** *A specialist sends us a request for your diagnosis and treatment plan so he can further treat you.*

**Run our organization**

- We can use and disclose your information to run our organization and contact you when necessary.  
**Example:** *We use health information about you to develop better services for you.*
- We are not allowed to use genetic information to decide whether we will give you coverage and the price of that coverage. This does not apply to long term care plans.

**Pay for your health services**

- We can use and disclose your health information as we pay for your health services.  
**Example:** *We share information about you with your dental plan to coordinate payment for your dental work.*

*continued on next page*

## Sus Elecciones

Relacionada con cierta información de salud, Ud. puede elegir sobre lo que nosotros compartimos. Si Ud. tiene preferencias claras de qué manera compartimos su información en las situaciones descritas en la sección de Responsabilidades, hable con nosotros. Háganos saber qué quiere que nosotros, hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, Ud. tiene tanto el derecho y la elección de decirnos que:**

- Compartamos la información con sus familiares, amigos cercanos u otras personas responsables del pago de su cuidado
- Compartamos información en una situación de ayuda debido a un desastre

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si se encuentra inconsciente, nosotros simplemente compartiremos la información si creemos que es en su beneficio. También compartiremos su información para aminorar una seria o inminente amenaza a su salud o seguridad.*

**En estos casos nunca compartimos su información a menos que Ud. nos haya dado un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información

## Nuestros usos y divulgaciones

**¿Cómo usamos y divulgamos típicamente su información de salud?**

Generalmente usamos o compartimos la información de su salud de las siguientes maneras.

**Le ayudamos a manejar el tratamiento que recibe**

- Podemos usar su información y compartirla con los profesionales que lo/la están tratando.  
**Por ejemplo:** *Un especialista nos envía una solicitud para un plan de su diagnóstico y tratamiento, de manera que él pueda tratarlo más adelante.*

**Administrar nuestra organización**

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.  
**Por ejemplo:** *Usamos la información sobre su salud para desarrollar un mejor servicio para Ud.*
- No podemos usar su información genética para decidir ni si le daremos cobertura o no ni el precio de su cobertura. Esto no se aplica a planes de cuidado de la salud a largo plazo.

**Pagar por sus servicios de salud**

- Podemos usar y divulgar su información de salud mientras pagamos sus servicios de salud.  
**Por ejemplo:** *Compartimos la información de su salud con su plan dental para coordinar pagos y trabajos dentales.*

*Continúa en la página siguiente*

## How else can we use or share your health information?

We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

- Help with public health and safety issues**
  - We can share health information about you for certain situations such as:
    - Preventing disease
    - Helping with product recalls
    - Reporting adverse reactions to medications
    - Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
    - Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety
- Do research**
  - We can use or share your information for health research.
- Comply with the law**
  - We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
- Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests**
  - We can use or share health information about you:
    - For workers' compensation claims
    - For law enforcement purposes or with a law enforcement official
    - With health oversight agencies for activities authorized by law
    - For special government functions such as military, national security, and presidential protective services
- Respond to lawsuits and legal actions**
  - We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

There are federal and state laws that may protect or restrict certain types of health information from use or disclosure, such as information regarding HIV/AIDS, mental health, genetic tests, alcohol and drug abuse, sexually transmitted diseases and reproductive health, and child or adult abuse or neglect.

## Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information: contact us using the information on page 1 or contacting the current Medical Assistance Division Compliance Officer at 505-827-3103.

## Changes to the Terms of this Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you.

The new notice will be available upon request and on our web site.

## ¿De qué otra manera podemos usar y compartir su información de salud?

Estamos autorizados a, o debemos, compartir la información de su salud de otros modos – generalmente en modos que contribuyen al bienestar del público, como salud pública e investigación. Debemos cumplir con ciertas condiciones que prescribe la ley antes de compartir su información para esos propósitos. Para más información vea:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

- Ayudar a la salud pública y problemas de seguridad**
  - Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones tales como:
    - Prevenir enfermedades
    - Ayudar al retirar del mercado un producto
    - Reportar reacciones adversas a medicinas
    - Reportar sospechas de abuso, descuido o violencia doméstica
    - Prevenir o reducir una seria amenaza a la salud o seguridad de alguien
- Hacer Investigación**
  - Podemos utilizar o compartir su información para la investigación en salud.
- Cumplir con la ley**
  - Podemos compartir la información sobre Ud. si las leyes federales y estatales así lo requieren, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quieren asegurarse que cumplamos con la ley federal de la privacidad.
- Responder a compensación para trabajadores, las agencias de la ley, y otras solicitudes del gobierno**
  - Podemos usar y compartir información de salud sobre Ud.:
    - Para reclamaciones de compensación para trabajadores
    - Para el cumplimiento de la ley o con oficiales encargados de cumplir la ley
    - Con agencias supervisoras para actividades que la ley autoriza
    - Para funciones especiales del gobierno, como el ejército, seguridad nacional y servicios protectores del presidente.
- Responder a demandas y acciones legales**
  - Podemos compartir la información sobre su salud para responder a una demanda de la corte o una orden administrativa o en respuesta a una citación legal

Hay leyes federales y estatales que pueden proteger o restringir ciertos tipos de información de salud para su uso o divulgación, tal como la información en relación al virus VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas, abuso de alcohol y drogas, enfermedades transmitidas por el sexo y salud reproductiva, y abuso o descuido de menores y ancianos.

## Nuestras Responsabilidades

- Se requiere por ley mantener la privacidad y seguridad de su información protegida.
- Le haremos saber inmediatamente si ocurriera una violación que hubiera comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de seguridad en esta notificación y debemos darle una copia de ella.
- No haremos uso ni compartiremos su información que no sea en la forma descrita en esta notificación, a menos que Ud. nos autorice por escrito. Si Ud. nos da su autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información: póngase en contacto con nosotros usando la información en la página 1 o póngase en contacto con el actual oficial de cumplimiento de la División de Asistencia Médica, al 505-827-3103.

## Cambios a los términos de esta notificación

Podemos cambiar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos de Ud. La nueva notificación estará disponible a petición suya o en nuestro sitio de la internet.