



# AVISO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA LEY HIPAA

(Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos)

**Fecha de entrada en vigor actualizada:** 2 de julio de 2025

**ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD ("AVISO") DESCRIBE DE QUÉ MODOS ZING HEALTH, INC. Y SUS AGENTES AUTORIZADOS (EN CONJUNTO "ZING", "NOSOTROS" O "NOS") PUEDEN UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A LA INFORMACIÓN. LEA ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE.**

## SU confidencialidad es importante para NOSOTROS

Valoramos nuestra relación con usted. Respetamos su derecho a la confidencialidad y hacemos todos lo posible para proteger la información que nos es brindada en nombre de nuestros miembros. Pedimos a nuestros empleados que cumplan con nuestras políticas y procedimientos sobre la confidencialidad de los miembros y la difusión de información.

*La "Información médica protegida" o "PHI", por sus siglas en inglés, incluye cualquier información que permite la identificación individual, transmitida o mantenida en cualquier forma o medio, que se relacione con la condición de la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo, o la provisión o el pago de atención médica de un individuo, que sea generada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de información en materia de salud y asistencia sanitaria.*

## Protegemos la confidencialidad de nuestros miembros:

- Restringimos el acceso a la PHI electrónica a través del uso de contraseñas de protección al acceder a los sistemas de información de la compañía.
- No dejamos PHI de los miembros desprotegida o a la vista en las estaciones de trabajo, cuando nuestros empleados no están presentes. Bloqueamos y aseguramos los archivos de los miembros antes de dejar el lugar de trabajo.
- Compartimos la PHI de los miembros con los empleados solo cuando es necesario hacerlo para brindarles servicios.

## Sus derechos de información médica personal están protegidos

La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Ley "HIPAA", por sus siglas en inglés) es un conjunto de reglamentaciones del gobierno federal para salvaguardar la confidencialidad y la seguridad de su Información médica protegida, que establecen determinados derechos con respecto a esa información.



Usted tiene ciertos derechos respecto de su información médica.

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

### Recibir una copia impresa o electrónica de su historia clínica

- Puede pedirnos ver u obtener una copia de su historia clínica y de reclamaciones, así como otra información médica que tengamos acerca de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Les entregaremos una copia o un resumen de su historia clínica y de reclamaciones, por lo general, en un plazo de 30 días después de recibir su solicitud. Podemos cobrarle un cargo razonable, dependiente del costo. **Haga clic aquí**

### Pedirnos que corriamos su historia clínica

- Puede pedirnos que corriamos su historia clínica y de reclamaciones si considera que son incorrectas o están incompletas. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos negarnos a su solicitud, pero le indicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días. **Haga clic aquí**

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su domicilio o de su oficina) o enviarle el correo postal a una dirección diferente.
- Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables y tenemos la obligación de aceptarlas si nos indica que podría encontrarse en peligro si no lo hacemos. **Haga clic aquí**

### Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que **no** usemos o compartamos determinada información médica para los tratamientos, pagos u operaciones.
- No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos negarnos, si eso podría afectar su atención médica. **Haga clic aquí**

---

### **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede pedirnos una lista (un recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su pedido, con quiénes la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto por aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones determinadas (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos). Entregaremos un recuento gratuito por año, pero, si nos pide otro en un plazo de 12 meses, le cobraremos un cargo razonable, según el costo. **Haga clic aquí**

---

### **Recibir una copia de este Aviso**

- Puede pedir una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso de forma electrónica. Le entregaremos una copia en papel de inmediato.

---

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

- Si le ha dado a alguien poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, puede ejercer sus derechos y hacer elecciones respecto de su información médica.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de realizar cualquier acción. **Haga clic aquí**

---

### **Presentar una queja, si considera que se han violado sus derechos**

- Si considera que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja enviando una carta a Zing Health At.: Privacy Officer, 225 W. Washington Street, Suite 450, Chicago IL. 60606, por teléfono, al 1-844-919-4458 o visitando el sitio web [www.MyComplianceReport.com](http://www.MyComplianceReport.com). Ingrese la identificación de acceso: ZHC.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono, al 1-877-696-6775 o visitando el sitio web [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Sus opciones**

### **Para cierta información médica, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.**

Si tiene una preferencia clara de cómo desea que compartamos su información en las situaciones que se describen a continuación, avísenos. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de solicitarnos que hagamos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas con su cuidado.

- Compartir información en una situación de ayuda humanitaria ante catástrofes.
- Comunicarse con usted para actividades de recaudación de fondos.

*Si no es capaz de decirnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos compartir su información de todos modos, si consideramos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir su información si necesitamos aliviar una amenaza a la salud o la seguridad grave o inminente.*

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que usted nos de su autorización por escrito:

- Para fines de comercialización.
- Venta de su información.

## **Nuestros usos y divulgaciones de su Información médica protegida**

Por lo general, usamos y compartimos su PHI de las siguientes formas:

- Para brindarle tratamiento.
  - Podemos usar su PHI y compartirla con otros profesionales que le están brindando tratamiento.
- Para la operación de nuestra organización.
  - Podemos usar y compartir su PHI para nuestras operaciones, para mejorar su atención médica y para comunicarnos con usted, cuando sea necesario.
  - No tenemos permitido usar información genética para decidir si le brindaremos determinada cobertura ni para determinar el precio de la cobertura.
- Para pagar los servicios médicos prestados.
  - Podemos usar y divulgar su información médica al pagar sus servicios médicos.

## **¿De qué otras formas podemos usar y divulgar su Información médica protegida?**

Tenemos el permiso o la obligación de compartir su información de otras formas, por lo general, de maneras que puedan contribuir al bien público, tales como salud pública e investigación. Estas formas se enumeran a continuación:

- Ayudar con cuestiones de salud pública y seguridad.

Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como las siguientes:

- Para la prevención de enfermedades.
- Para ayudar en la retirada del mercado de productos.

- Para informar reacciones adversas a medicamentos.
- Para informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Para prevenir o reducir amenazas graves para la salud o la seguridad de alguna persona.
- Llevar a cabo investigación.
  - Podemos usar o compartir su información para investigación médica.
- Acatar la ley.

Compartiremos información sobre usted si la legislación estatal o federal así lo exige, lo que incluye compartirla con el Departamento Salud y Servicios Humanos, si desean verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de confidencialidad.

- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con médicos forenses y responsables de casas de pompas fúnebres.
  - Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
  - Podemos compartir información médica con un perito forense, un médico forense o con el director de una funeraria, en caso de fallecimiento del paciente.
- Atender indemnizaciones por accidentes laborales, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamaciones de indemnizaciones por accidentes laborales.
- Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de policía.
- Con agencia de supervisión médica para actividades aprobadas por ley.
- Para funciones especiales de gobierno, como militares, de seguridad nacional y de servicios de protección presidencial.
- Responder demandas y acciones legales.

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.

No usaremos ni divulgaremos su Información médica protegida por ningún motivo no especificado en este Aviso sin su autorización por escrito. La autorización por escrito que recibamos específicamente identificará el propósito particular de uso o divulgación, la información a usar o divulgar, las personas que recibirán la información y el período de validez de la autorización. Si nos da su autorización por escrito, puede revocarla en cualquier momento, en cuyo caso, ya no usaremos ni divulgaremos su Información médica protegida para este fin, excepto en la medida en

que ya hayamos actuado de acuerdo con su autorización. No tiene la obligación de firmar un formulario de autorización y no le negaremos servicios médicos si se niega a hacerlo.

## **Nuestras responsabilidades**

- Tenemos la obligación de mantener la confidencialidad y la seguridad de su Información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que haya comprometido la confidencialidad o la seguridad de su PHI no protegida.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de confidencialidad descritas en este Aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su PHI de otro modo que no sea el descrito en este documento, a menos que nos pida por escrito que lo hagamos. Si nos da su autorización, puede cambiar de idea en cualquier momento. Si cambia de idea, avísenos por escrito.

Para obtener más información, visite

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

## **Cambios a los términos de este Aviso**

*Podemos modificar los términos de este Aviso; los cambios se aplicarán a toda la PHI que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo postal.*

## **Información de contacto**

Si tiene preguntas sobre sus derechos respecto de la protección y confidencialidad de su PHI, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención al Cliente de Zing Health al 1-866-946-4458.

Si tiene preguntas específicas sobre este Aviso de confidencialidad de la Ley HIPAA de Zing, comuníquese con:

**HIPAA Privacy Officer**  
**Zing Health**  
**225 W. Washington Street, Suite 450**  
**Chicago, IL. 60606**

**Correo electrónico:** [privacy@myzinghealth.com](mailto:privacy@myzinghealth.com)