

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

EN ESTE AVISO SE EXPLICA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO CON ATENCIÓN.

Con vigencia a partir del 1 de febrero de 2026

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, HI). La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Debemos enviarle este aviso. En este aviso, se informa lo siguiente:

- Cómo podríamos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted sobre su información de salud.

Por ley, seguimos lo que se indica en nuestro aviso. Tenemos derecho a realizar modificaciones en este aviso de prácticas de privacidad. Si realizamos modificaciones importantes, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Cualquier cambio en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tengamos. Recopilamos y guardamos su información de salud para llevar adelante nuestra actividad comercial. La información de salud puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información de salud. Implementamos medidas de seguridad para proteger su información de salud. Le notificaremos cualquier violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias gubernamentales, que se aseguran de que estemos cumpliendo las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud para ciertos fines.

Esto podría ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podríamos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera:

- **Para Procesamiento de Pagos.** Para procesar y pagar reclamos. Por ejemplo, podríamos informarle a un médico si su plan paga ciertos servicios médicos y qué costos podrían estar cubiertos.
- **Para el Tratamiento o la Administración del Cuidado.** Para ayudar con su cuidado. Por ejemplo, podríamos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para las Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de manejo de enfermedades o un programa de bienestar disponible para usted. Podríamos analizar datos para mejorar nuestros servicios.

- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podríamos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades podrían estar limitadas por la ley.
- **Para Patrocinadores del Plan.** Si usted recibe un seguro de salud a través de su empleador, podríamos compartir con su empleador información sobre la inscripción, la cancelación de la inscripción y un resumen de la información de salud. También podríamos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Con Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción de seguros de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios sobre Beneficios o Cuidado.** Podríamos enviarle recordatorios sobre las citas que usted tenga programadas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podríamos comunicarnos con usted e informarle sobre los beneficios de su seguro de salud, el cuidado de su salud o los procesamientos de pagos.

Podríamos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera:

- **Según lo Exija la Ley.** Para seguir las leyes que debemos cumplir.
- **A las Personas que Participan en su Cuidado.** Esto podría ser un familiar u otra persona que ayuda con su cuidado médico o lo paga. También podría ser un familiar en caso de emergencia. Esto podría ocurrir si usted no puede decirnos si podemos compartir su información de salud. Si usted no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si se permite, después de su fallecimiento, podríamos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o lo pagaron.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para evitar la propagación de enfermedades o para informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Maltrato, Negligencia o Violencia Doméstica.** Solo podríamos compartir esta información de salud con ciertas entidades que, por ley, tienen permitido obtenerla. Estas entidades podrían ser una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud,** con una agencia que, por ley, tiene permitido obtener la información de salud. Esto podría ser para concesión de licencias, auditorías e investigaciones de maltrato y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Cumplir la Ley.** Por ejemplo, para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** Por ejemplo, a las agencias de salud pública o a los responsables de hacer cumplir la ley en situaciones de emergencia o una catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar o de veteranos, seguridad nacional o ciertos servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir con las leyes laborales.
- **Para Fines de Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o condición médica. También podríamos usar la información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.

- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o un médico legista que podría ayudar a identificar a la persona que murió, por qué murió o para cumplir ciertas leyes. También podríamos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para Trasplante de Órganos.** Para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales u Organismos Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas bajo custodia, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales.** Se trata de empresas que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales podrían limitar aún más la manera en que usamos la información de salud que se indica a continuación. Cumplimos con la legislación más estricta aplicable a:
 1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o abandono de menores o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos con Receta
 10. Salud reproductiva o sexual
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Cumplimos con la legislación más estricta, según nos corresponda regírnos por las mismas. Por ejemplo, si recibimos información sobre usted a través de un consentimiento limitado que usted proporcionó a un programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias con asistencia federal (“Programa de la Parte 2”), seguiremos su consentimiento limitado y la legislación vigente, incluida la legislación sobre la confidencialidad de los registros de pacientes con trastorno por consumo de sustancias (“Parte 2”). Si usted permite que usemos y compartamos su información para futuros fines de tratamiento, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud, seguiremos su consentimiento más amplio y la legislación vigente, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Nunca usaremos ni compartiremos su información en procedimientos legales en su contra, a menos que usted otorgue permiso por escrito o un juez lo ordene, y solo después de que se le informe y se le haya dado la oportunidad de expresarse.

Solo usamos o compartimos su información de salud como se describe en este aviso o con su permiso por escrito. Obtendremos su permiso por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su permiso por escrito

si planeamos vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su permiso por escrito para usar su información de salud para ciertos envíos de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para saber cómo puede hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del seguro de salud. Tenga en cuenta que, una vez que se haya compartido su información de salud, podría ser compartida por la persona que la recibió y ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- **Solicitar que limitemos** nuestro uso o divulgación para cuidado, facturación y servicios para el cuidado de la salud futuros. Puede pedir que se limite la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o lo pagan. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Intentaremos respetar su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para limitar nuestro uso o divulgación se debe hacer por escrito.
- **Solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal en lugar de su domicilio. Aceptaremos su solicitud según lo permita la ley estatal y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Puede cambiar su solicitud. Esto debe hacerse por escrito y enviarse por correo postal a la dirección que aparece a continuación.
- **Consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe solicitarlo por escrito y enviarlo por correo a la dirección que figura a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle un cargo por las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede solicitar que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si considera que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se modifique. Debe solicitarlo por escrito. Debe proporcionar los motivos del cambio. Responderemos a su solicitud dentro del plazo que la ley nos exige. Envíe esta solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **Recibir un informe** que indique cuándo compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las ocasiones en que compartimos la información de salud por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales o responsables de hacer cumplir la ley. Esto no incluirá las divulgaciones que la ley federal no exige que registremos.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En ciertos estados, es posible que tenga derecho a solicitar que eliminemos** su información de salud. Según el lugar donde usted viva, es posible que pueda solicitarnos que eliminemos su información de salud. Responderemos a su solicitud dentro del plazo que la ley nos exige. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. En ese caso, puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **Comuníquese con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea más información sobre cómo ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 o para TTY/RTT al 711.
- **Presente una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo postal a:

UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis, MN 55440

- **Presente una Queja o Queja Formal.** Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja o una queja formal a la dirección indicada anteriormente.

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

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: Para obtener una lista vigente de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

EN ESTE AVISO SE INFORMA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Con vigencia a partir del 1 de febrero de 2026

Protegemos² su “información financiera personal” (financial information, FI). La información financiera no es información de salud. La información financiera lo identifica a usted y generalmente no es de carácter público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Esto puede ser su nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Obtenemos la información financiera de las transacciones que usted realiza con nosotros o con otros. Esto puede ser información sobre el pago de primas.

Cómo Compartimos la Información Financiera

Solo compartimos la información financiera según lo permita la ley.

Podríamos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podríamos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podríamos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podríamos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podríamos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podríamos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 o para TTY/RTT al 711.

² Este Aviso de Privacidad de Información Financiera se aplica a la lista de planes de salud afiliados a UnitedHealth Group en <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1>.

[Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia en Otros Idiomas y Formatos Alternativos:](https://www.uhc.com/communityplan/non-discrimination-notice)

<https://www.uhc.com/communityplan/non-discrimination-notice>