PROGRAMA DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER
Formulario de inscripción: sobrevivientes del WTC

Formulario aprobado
OMB N.º 0920-0891
Fecha de vencimiento:
05/31/2028

Este formulario es para inscribirse en el Programa de Salud del World Trade Center (WTC) como sobreviviente del WTC. Un sobreviviente del WTC es una persona que estuvo presente en el área de desastre en la ciudad de Nueva York el 11 de septiembre del 2001 o después, debido a su trabajo, lugar de residencia, o asistencia a un centro educativo, guardería o centro de cuidados diurnos para adultos. También incluye a las personas que estuvieron en el área de desastre de la ciudad de Nueva York entre el polvo o la nube de polvo el 9/11.

Si tiene preguntas, llame al Programa de Salud del WTC al 1-888-982-4748 o consulte **www.cdc.gov/wtc**. Para llenar la solicitud en línea, vaya a **https://oasis.cdc.gov/**. **Si ya ha enviado una solicitud, no envíe otra.** Llame al 1-888-982-4748 para preguntar sobre el estado de la solicitud que ya envió. **Nota:** Al inscribirse en el Programa de Salud del WTC, no queda inscrito en otros programas de asistencia relacionados con el 9/11, como el Fondo de Compensación para Víctimas del 11 de Septiembre.

Instrucciones: Proporcione la siguiente información para comenzar el proceso de determinación de elegibilidad. Escriba con el teclado o escriba claramente en letra de imprenta. Al marcar una casilla, use "✓" o "×". Si la información está incompleta o incorrecta, se podría retrasar el procesamiento de su solicitud.

Información personal

Fecha de hoy (*mm/dd/aaaa*)_____

Apellido_____ Sufijo (*Jr., II, III, etc.*)_____

Nombre_____ Segundo nombre_____

Dirección postal_____ Depto./número_____

Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____ País_____

Número telefónico de preferencia (*(xxx)xxx-xxxx*)_____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo

Número telefónico secundario (*(xxx)xxx-xxxx*)_____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo

Dirección de correo electrónico_____

Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*)_____

Lugar de nacimiento (*Ciudad/estado/país*)_____

Si alguna vez ha usado otros nombres (*p. ej., nombre de soltera, sobrenombre o apodo*), escríbalos a continuación, con el apellido, nombre y segundo nombre, según corresponda. Nota: tal vez se le pidan pruebas del cambio legal de nombre (*p. ej., acta de matrimonio*).

_____

_____

_____

_____

Se estima que la carga del público para reportar esta recolección de información promedia los 30 minutos por respuesta; esto incluye el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de información existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido y vigente. Envíe sus comentarios sobre la estimación de la carga —o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información—, incluso sugerencias para reducirla, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0891).

No escriba en este espacio

Información del seguro médico

La Ley de Salud y Compensación del 9/11 James Zadroga del 2010 (Ley Zadroga), con sus enmiendas, exige que todos los miembros del Programa de Salud del WTC tengan seguro médico primario, incluidas la cobertura médica y de farmacia, a menos que se aplique una excepción limitada. Para los sobrevivientes, se le exige al Programa de Salud del WTC que coordine con su seguro médico primario para ayudar a cubrir el costo del tratamiento médico relacionado con el WTC.

El Programa de Salud del WTC no remplaza su seguro médico primario. Proporcione la información sobre su seguro médico primario. Se le pedirá que presente su tarjeta del seguro después de inscribirse en el Programa. Aunque su situación con respecto al seguro médico no afectará su inscripción en el Programa de Salud del WTC, si no obtiene un seguro médico primario, afectará la capacidad del Programa para pagar su monitoreo y tratamiento.

¿Tiene seguro médico primario? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿es un seguro privado o público?

☐ Privado (*p. ej., por medio del empleador*) ☐ Público (*p. ej., Medicare o Medicaid*) ☐ Ambos (*p. ej., Medicare con seguro privado adicional*)

Nombre del plan o programa de seguro _____

¿Es usted el titular de la póliza? ☐ Sí ☐ No

Si usted no es el titular de la póliza, proporcione el nombre del titular: _____

Número de identificación del afiliado _____ Número de grupo _____

Fecha de comienzo de la cobertura: _____

¿Incluye su póliza de seguro cobertura de los gastos de farmacia? ☐ Sí ☐ No

Nota: Si no tiene seguro, los asesores de beneficios o administradores de casos del Programa de Salud del WTC pueden ayudarlo a encontrar y solicitar seguro médico, en caso de que se lo inscriba.

Síntomas

¿**Tiene síntomas** de una afección física o mental que usted cree es consecuencia de los ataques del 11 de septiembre del 2001? ☐ Sí ☐ No

Describa brevemente sus síntomas y cuándo comenzaron:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Tenga en cuenta lo siguiente: Usted no tiene que probar que sus síntomas son causados por una afección relacionada con el WTC para ser inscrito en el Programa de Salud del WTC. Después de la inscripción, un médico del Programa le hace al sobreviviente una evaluación gratuita e inicial de la salud para determinar si las afecciones están relacionadas con el WTC y pueden ser certificadas para recibir tratamiento. Vea ejemplos de las afecciones que cubre el Programa e infórmese más sobre la certificación en **www.cdc.gov/wtc/conditions.html**. La inscripción en el Programa de Salud del WTC no garantiza la certificación de las afecciones.

Si usted no tiene síntomas, tal vez sea mejor que espere para llenar la solicitud. Si el Programa no certifica ninguna afección después de la evaluación inicial de su salud, el Programa puede hacerle otra evaluación en el futuro, pero usted tendrá que usar su seguro médico primario o pagar de su bolsillo por ese examen.

Si espera para llenar la solicitud, debe continuar yendo a su médico de atención primaria para hacerse exámenes anuales y pruebas de detección de cáncer, a fin de ver si hay afecciones relacionadas con el WTC más adelante. También debe recolectar su documentación de respaldo ahora para tenerla lista, en caso de que presente la solicitud en el futuro.

No escriba en este espacio

Experiencias vividas el 9/11

Responda las siguientes preguntas sobre las experiencias que vivió en el área de desastre de la ciudad de Nueva York. El "**área de desastre de la ciudad de Nueva York**" se define como el área de Manhattan que está al sur de Houston Street. También incluye cualquier cuadra en Brooklyn que esté total o parcialmente dentro de un radio de 1.5 millas del antiguo sitio del World Trade Center. Para ver un mapa de esta área, consulte **www.cdc.gov/wtc/define.html**.

¿**Estuvo presente** en el área de desastre de la ciudad de Nueva York, en contacto con el polvo o la nube de polvo, el 11 de septiembre del 2001? ☐ Sí ☐ No

¿**Trabajaba, vivía, estudiaba**, iba a una guardería o a un centro de cuidados diurnos para adultos en el área de desastre de la ciudad de Nueva York entre el 11 de septiembre del 2001 y el 31 de julio del 2002? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, marque todas las opciones que correspondan:

☐ Trabajaba ☐ Vivía ☐ Estudiaba ☐ Iba a una guardería ☐ Iba a un centro de cuidados diurnos para adultos

¿En qué lugar o dirección?_____

↳ ¿Cuántos días estuvo ahí entre el 11 de septiembre del 2001 y el 10 de enero del 2002?_____

↳ ¿Cuántos días estuvo ahí entre el 11 de enero del 2002 y el 31 de julio del 2002?_____

¿En qué lugar o dirección (*si corresponde*)?_____

↳ ¿Cuántos días estuvo ahí entre el 11 de septiembre del 2001 y el 10 de enero del 2002?_____

↳ ¿Cuántos días estuvo ahí entre el 11 de enero del 2002 y el 31 de julio del 2002?_____

¿**Hizo** tareas de limpieza o mantenimiento (no como miembro del personal de respuesta) en el área de desastre de la ciudad de Nueva York entre el 11 de septiembre del 2001 y el 10 de enero del 2002, y tuvo una extensa exposición al polvo del WTC debido a ese trabajo? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿cuál era la ubicación o dirección?_____

↳ ¿Cuántos días estuvo ahí entre el 11 de septiembre del 2001 y el 10 de enero del 2002?_____

¿Necesita más espacio para los detalles de lo vivido el 9/11? Escríbalos en una hoja de papel aparte y envíela con su solicitud.

Solo para las personas elegibles para el Programa de Subvenciones del Bajo Manhattan

Estos dos ítems tal vez se apliquen solo a las personas cuyo lugar de residencia o empleo se incluyó en programas de subvención específicos para el Bajo Manhattan creados después del 9/11.

¿Se determinó que usted cumplía con los requisitos para recibir un subsidio del **Programa de Subvenciones Domiciliares de la Corporación de Desarrollo del Bajo Manhattan (Lower Manhattan Development Corporation)**; **y** tenía usted un contrato de alquiler o había comprado una vivienda en el área de desastre de la ciudad de Nueva York; **y** vivió en esa residencia en algún periodo entre el 11 de septiembre del 2001 y el 31 de mayo del 2003? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿cuál era la ubicación o dirección?_____

↳ ¿Cuántos días estuvo ahí entre el 11 de septiembre del 2001 y el 31 de enero del 2003?_____

¿Estuvo su lugar de trabajo en algún momento entre el 11 de septiembre del 2001 y el 31 de mayo del 2003 en el área de desastre de la ciudad de Nueva York; **y** se determinó que su lugar de trabajo era elegible para recibir una subvención del **Programa de Atracción y Retención de Empresas Pequeñas del WTC de la Corporación de Desarrollo del Bajo Manhattan** u otros programas gubernamentales de incentivos similares, que se crearon después del 9/11 para ayudar a revitalizar la economía del Bajo Manhattan? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿cuál era la ubicación o dirección?_____

Ninguna de las opciones anteriores, pero creo que cumplo con los requisitos por el siguiente motivo:

_____

_____

_____

No escriba en este espacio

Documentación de apoyo requerida

Usted debe enviar copias de la documentación de respaldo junto con su solicitud. Estos documentos deben mostrar dónde usted vivía, trabajaba, estudiaba o recibía cuidados de guardería o en un centro de cuidados diurnos para adultos en el área de desastre de la ciudad de Nueva York entre el 11 de septiembre del 2001 y el 31 de julio del 2002, o deben mostrar que estuvo presente en el área de desastre de la ciudad de Nueva York en la nube de polvo o en contacto con el polvo el 11 de septiembre del 2001.

La documentación puede incluir, pero no se limita a lo siguiente:
Prueba de residencia, como un contrato de alquiler o una factura de servicios públicos • Comprobante de sueldo u otra documentación de empleo • Carta de un administrador, vecino, empleador, guardería, centro educativo u organización de voluntarios • Tarjeta de identificación de estudiante • Boletín de notas de un centro educativo • Registro de asistencia de un centro educativo o una guardería

Es posible que necesite presentar múltiples documentos que muestren su nombre, ubicación y por cuánto tiempo usted estuvo en el área de desastre de la ciudad de Nueva York. Debe enviar un documento que muestre el cambio oficial de nombre, si el apellido que incluye en su solicitud no coincide con el apellido que figura en la documentación de respaldo.

Si no puede encontrar documentación oficial de respaldo o los documentos no contienen todos los detalles necesarios, usted puede:

- Enviar una declaración escrita y firmada por un empleador, compañero de trabajo u otra persona que indique la ubicación de su lugar de trabajo, residencia o estudio, u otras ubicaciones elegibles **y** confirme su presencia en ese lugar durante el periodo elegible, **o**
- Proporcionar una declaración escrita y firmada por usted en la que atestigüe, bajo pena de perjurio, los detalles de la ubicación y el espacio de tiempo en que estuvo en el área de desastre de la ciudad de Nueva York. Su carta personal también debe incluir detalles sobre lo que usted ha hecho para tratar de conseguir copias de la documentación **y** por qué no puede proporcionar ningún documento.

Tenga en cuenta lo siguiente: Enviar una solicitud sin documentación de respaldo retrasará la decisión sobre su inscripción. Si tiene preguntas, llame al 1-888-982-4748 o consulte **www.cdc.gov/wtc/documentation.html**.

Información adicional

Proporcionar esta información es algo voluntario.

Número de identificación otorgado por una entidad gubernamental Le pedimos que proporcione **uno (1)** de los siguientes:

Número de Seguro Social: _____

Número de identificación otorgado por el estado o de la licencia de conducir y la fecha de emisión:_____

Número de pasaporte y país que lo emitió: _____

Otra opción (*escriba el tipo de identificación*):_____

☐ Prefiero no proporcionar un número de identificación otorgado por una entidad gubernamental (*seleccionar esta opción no afectará la decisión sobre su inscripción*)

Organización/afiliación

Escriba los nombres de todas las organizaciones profesionales, las asociaciones o los sindicatos a los que usted pertenecía el 9/11 o en el periodo posterior. Para un sindicato, proporcione el número de la seccional local, si tiene. Proporcionar esta información es algo voluntario. Esta información puede ser útil para determinar los tipos de documentos suplementarios que podrían estar disponibles para respaldar su solicitud.

_____

_____

_____

Seguro de compensación de trabajadores

¿Ha presentado una reclamación de compensación de trabajadores u otro beneficio por alguna lesión o enfermedad, relacionada con el trabajo, surgida por su exposición o sus actividades posteriores al 11 de septiembre del 2001? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿en qué estado y cuándo presentó la reclamación? _____

Comunicación

¿Cómo se enteró del Programa de Salud del WTC (*marque todas las opciones que corresponda*)? ☐ Anuncio en TV/radio/prensa escrita ☐ Internet ☐ Redes sociales ☐ Trabajo ☐ Sindicato ☐ Amigo/a ☐ Registro de salud del WTC ☐ Estudio de abogados ☐ VCF ☐ Colaborador en la difusión_____ ☐ Otra opción_____

No escriba en este espacio

Declaración y firma

Lea cuidadosamente la declaración que se presenta a continuación; luego ponga sus iniciales y firme en los espacios que se asignan.

Al poner mis iniciales y firmar, atestiguo lo siguiente:

_____ Iniciales — Por este medio, solicito inscribirme en el Programa de Salud del WTC y doy permiso para que mi información personal sea utilizada por las agencias del Gobierno federal y las empresas contratistas del Gobierno federal correspondientes, para que determinen si reúno los requisitos del Programa de Salud del WTC. Esta información también se usa para que, si se me inscribe, los beneficios y servicios del Programa se brinden de manera adecuada y los pagos que se hacen por los servicios del Programa se procesen de forma correcta.

_____ Iniciales — He respondido las preguntas en este formulario de solicitud con toda la verdad y creo que cumplo con los criterios de elegibilidad del Programa de Salud del WTC como sobreviviente del WTC.

_____ Iniciales — Confirmo que he leído las notificaciones del Programa (adjuntas), que incluyen información importante sobre los beneficios, servicios, regulaciones y privacidad del Programa.

_____ Iniciales — Entiendo que toda persona que, a sabiendas y voluntariamente, haga una declaración falsa, tergiverse información, oculte datos o cometa cualquier otro acto fraudulento para obtener su inscripción y atención en el Programa de Salud del WTC, sin que tenga derecho, será objeto de sanciones civiles o administrativas, así como del procesamiento penal por delito mayor y, de conformidad con las disposiciones penales correspondientes, podría ser castigada con una multa, encarcelamiento o ambos, conforme al Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos.

_____ Iniciales — Entiendo que se me exige obtener un seguro médico primario tanto para la cobertura de farmacia como para la cobertura médica y proveer la información de mi seguro médico primario al Programa antes de comenzar el tratamiento o el monitoreo de seguimiento.

_____
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

_____ _____
FIRMA *(no se aceptan las firmas electrónicas)* FECHA

Puede enviar su solicitud y documentación de respaldo por fax al 1-877-646-5308 o por correo a las siguientes direcciones:

Correo postal de los EE. UU.:
WTC Health Program
P.O. Box 7000
Rensselaer, NY 12144

Servicio de envíos o correo certificado:
WTC Health Program
327 Columbia Turnpike
Rensselaer, NY 12144

Tenga en cuenta lo siguiente: Las solicitudes no pueden enviarse por correo electrónico. Guarde una copia de la solicitud que completó como constancia. También le recomendamos que lleve una copia de su solicitud cuando tenga la primera cita.

Si necesita ayuda para enviar su solicitud o tiene preguntas relacionadas con el Programa, llame al Programa de Salud del WTC al 1-888-982-4748. Las notificaciones del Programa que se mencionan anteriormente también están disponibles en **www.cdc.gov/wtc**.

¿Qué pasará después?

Después de que usted envíe su solicitud, el Programa de Salud del WTC hará lo siguiente:

- Le enviará una carta de confirmación dentro de los 30 días de haber recibido su solicitud.
- Se comunicará con usted por teléfono o correo si se necesita información o documentación adicional.
- Revisará los detalles de su solicitud y determinará su elegibilidad con base en la información que se haya proporcionado.

Una vez que se haya recibido y revisado toda la información necesaria, el Programa tomará una decisión con respecto a su elegibilidad y lo notificará por correo. Si se lo inscribe, la carta con la decisión incluirá información sobre los Centros Clínicos de Excelencia o la Red Nacional de Proveedores que están disponibles para usted.

Si no recibe una carta que confirme la recepción de su solicitud dentro de los 30 días de haberla enviado, llame al 1-888-982-4748.

No escriba en este espacio

Avisos acerca de los requisitos del Programa de Salud del WTC

Requisitos, servicios y beneficios del Programa de Salud del WTC

El Programa de Salud del WTC, un programa de beneficios de atención médica limitados, proporciona servicios como los descritos a continuación.

Los sobrevivientes elegibles para las pruebas de detección que estén inscritos reciben lo siguiente:

- Una única evaluación inicial de la salud
    - Si en la evaluación inicial de salud no se certifica una afección y el sobreviviente quiere que le hagan una evaluación adicional en el futuro por una nueva afección posiblemente relacionada con el WTC, deberá pagar por cuenta propia o usar su seguro primario para que un médico del Programa de Salud del WTC le haga la evaluación de salud.

El personal de respuesta y los **sobrevivientes de elegibilidad certificada** (sobrevivientes con una afección relacionada con el WTC certificada) reciben:

- exámenes anuales de monitoreo,
- tratamiento médico y de salud mental para las afecciones relacionadas con el WTC certificadas, y
- servicios de asesoramiento sobre los beneficios.

Hay pruebas de detección de cáncer disponibles para todos los miembros del Programa de Salud del WTC (excepto los familiares del personal del FDNY) que cumplan con los criterios de edad y factores de riesgo indicados en las directrices del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los EE. UU.

Los servicios se proveen a través de los Centros Clínicos de Excelencia (CCE, por sus siglas en inglés) en el área metropolitana de Nueva York o mediante la Red Nacional de Proveedores (NPN, por sus siglas en inglés). El director del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), que ha sido designado administrador del Programa de Salud del WTC determina la elegibilidad para la inscripción y certifica la afección de un miembro inscrito para obtener tratamiento.

Afecciones relacionadas con el WTC

La Ley de Salud y Compensación del 9/11 James Zadroga (Zadroga Act), que en el 2010 estableció el Programa de Salud del WTC, designó la lista original de afecciones relacionadas con el WTC (la Lista) cubiertas para obtener tratamiento (secciones 3312(a)(3) y 3322(b) de la Ley del Servicio de Salud Pública). El administrador del Programa de Salud del WTC puede agregar afecciones a esta lista a través del proceso normativo. Hay más información sobre las afecciones cubiertas

en **www.cdc.gov/wtc/conditions.html**.

Monitoreo y tratamiento

El Programa de Salud del WTC proporciona monitoreo médico anual para el personal de respuesta inscrito. Los sobrevivientes reciben monitoreo médico anual si tienen afecciones relacionadas con el WTC certificadas, y se les denomina sobrevivientes de elegibilidad certificada. El monitoreo médico busca detectar síntomas y enfermedades que puedan estar relacionados con el WTC, e incluye un examen físico, pruebas respiratorias, una evaluación

de salud mental, evaluación de la exposición, análisis de sangre y orina de rutina (esto no incluye pruebas de detección de drogas ni del VIH), y remisiones para tratamiento, si fuera necesario. El personal de respuesta elegible y los sobrevivientes de elegibilidad certificada, incluidos aquellos que cumplían los requisitos en programas previos, recibirán estos beneficios de monitoreo y tratamiento médicamente necesarios para las afecciones relacionadas con el WTC certificadas y ciertas afecciones que estén médicamente vinculadas.

Si un médico del Programa de Salud del WTC determina que un miembro tiene una afección relacionada con el WTC con base en la evaluación de salud inicial o de un examen de monitoreo médico, el administrador del Programa debe primero certificar la afección para que tenga cobertura y aprobar el tratamiento que se provea. El tratamiento cubierto es para afecciones relacionadas con el WTC certificadas y ciertas afecciones médicamente asociadas a aquellas relacionadas con el WTC certificadas. El tratamiento para una afección relacionada con el WTC certificada lo debe dar un proveedor afiliado al Programa de Salud del WTC.

Los miembros no están obligados a usar estos servicios y beneficios. Los miembros pueden dejar de participar en el Programa de Salud del WTC en cualquier momento, sin ninguna consecuencia económica ni de otro tipo, aparte de la pérdida de los servicios del Programa.

Beneficios de farmacia

Los miembros tienen derecho a beneficios de farmacia para las afecciones relacionadas con el WTC o médicamente asociadas a estas. El Programa de Salud del WTC tiene contratos con uno o más proveedores farmacéuticos y, a discreción, puede cambiarlos en cualquier momento.

Pago de los servicios

El Programa de Salud del WTC cubrirá el costo de la atención médicamente necesaria de los proveedores del Programa para las afecciones relacionadas con el WTC certificadas y coordinará el pago con cualquier otro plan de atención médica privado o público (p. ej., Medicare).

Para el personal de respuesta, el Programa es el primer responsable de pago de todas las visitas de monitoreo médico y del tratamiento, el que paga por todos los servicios recibidos a través del Programa, a menos que el miembro del personal de respuesta ya tenga un caso con el seguro de compensación de trabajadores por las afecciones certificadas. Si hay un caso con el seguro de compensación por una afección relacionada con el WTC certificada, el primer responsable del pago será el fondo de compensación de trabajadores. El Programa de Salud del WTC deberá reducir o recuperar el pago del tratamiento de una afección relacionada con el WTC en el caso de que esté cubierta por un plan de compensación laboral u otro plan similar de indemnización por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Para los miembros del personal de respuesta que estén recibiendo tratamiento en virtud del Programa para las afecciones relacionadas con el WTC certificadas, relacionadas con el trabajo y que no reciban compensación a trabajadores por esa afección, el Programa de Salud del WTC es el primer responsable del pago.

Para los sobrevivientes, el Programa paga el costo total de las evaluaciones de salud iniciales y, si tienen elegibilidad certificada, los exámenes anuales de monitoreo. Para el tratamiento de una afección relacionada con el WTC certificada, el Programa es el responsable de pago secundario. Esto significa que el Programa primero le enviará la factura al seguro privado del sobreviviente y después a cualquier seguro de salud pública (p. ej., Medicare o Medicaid). Una vez que los otros proveedores de seguro médico hayan pagado, el Programa pagará el monto restante. Si un sobreviviente tiene una afección relacionada con el WTC que está relacionada con el trabajo y ha presentado un reclamo al seguro de compensación de trabajadores, el Programa pagará inicialmente y luego buscará recuperar los fondos ya sea través de la compañía del seguro de compensación de trabajadores o del acuerdo conciliatorio, según corresponda.

El Programa puede compartir la información de salud protegida del miembro o su información personal de identificación (p. ej., registros médicos) con estos pagadores potenciales para efectos de rembolso. Además, el Programa de Salud del WTC puede intercambiar información de salud protegida o información de identificación personal con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y con contratistas del Programa de Salud del WTC para efectos de pago.

Tenga en cuenta lo siguiente: el Programa de Salud del WTC no es un sustituto del seguro médico personal. El Programa de Salud del WTC es un programa de beneficios de atención médica limitados y solamente provee tratamiento para las afecciones relacionadas con el WTC certificadas. El Programa no provee la gama completa de la atención de salud general y no es un sustituto de las visitas del miembro a su médico de atención primaria u otro proveedor de atención de salud.

Participar en el Programa de Salud del WTC no les impide ver a su médico personal ni obtener evaluaciones médicas o algún tratamiento de otro proveedor pagando por su propia cuenta. Los miembros del personal de respuesta y los sobrevivientes son responsables de obtener las evaluaciones de seguimiento necesarias y el tratamiento, por cuenta propia, para cualquier afección que no se haya determinado que esté relacionada con el WTC o que no haya recibido autorización del proveedor del Programa de Salud del WTC y del Programa.

La protección de los pacientes y la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), también conocida como Obamacare, entró en vigencia el 1 de enero del 2014. La ACA exige que todas las personas mantengan una cobertura de atención médica esencial mínima, si no cuentan con una exención de este requisito aprobada. La Ley Zadroga exige que los miembros del Programa cumplan los requisitos de la ACA a partir del 1 de julio del 2014.

El Programa de Salud del WTC no puede pagar por el monitoreo o tratamiento de ningún miembro, miembro del personal de respuesta o sobreviviente, a menos que el miembro tenga un seguro médico personal vigente que cumpla con el requisito de cobertura esencial mínima o que le corresponda una excepción limitada. si no tiene seguro, los asesores de beneficios del Programa de Salud del WTC pueden ayudarlo a encontrar y solicitar seguro médico, en caso de que se lo inscriba.

Por favor comuníquese con un asesor (o navegador) especialmente capacitado en la ACA para obtener ayuda directa sobre cómo seleccionar la opción que sea adecuada para usted y qué hacer:

1. puede contactar a un asesor sobre la ACA a nivel federal llamando al 1-800-318-2596 (línea TTY: 1-855-889-4325), disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los feriados); o
2. puede contactar a un asesor sobre la ACA en el estado de Nueva York llamando al 1-855-355-5777 (línea TTY: 1-800-662-1220) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 9 a. m. a 1 p. m.); u
3. obtenga ayuda local, o encuentre a un agente o corredor que lo asista cuando necesiten en **ayudalocal.cuidadodesalud.gov**

También puede obtener información en el sitio web del Gobierno federal sobre la ACA en **www.cuidadodesalud.gov/** y en el sitio web del estado de Nueva York sobre la ACA en **nystateofhealth.ny.gov/index_es.html**.

Solicitudes

El Programa de Salud del WTC evaluará las solicitudes por orden de recepción.

Lista de sospechosos de terrorismo

La Ley Zadroga requiere que el administrador del Programa de Salud del WTC determine si un solicitante está en la Base de Datos de Detección de Terroristas (más comúnmente conocida como “lista de sospechosos de terrorismo”) antes de la inscripción. El administrador del Programa de Salud del WTC consultará con el Departamento de Justicia para determinar si un solicitante está en la lista de sospechosos de terrorismo. Las personas que estén en esa lista no cumplen con los requisitos para inscribirse en el Programa de Salud del WTC. Esto también se aplica a los miembros del personal de respuesta o sobrevivientes que eran elegibles para obtener tratamiento y beneficios en virtud de programas del WTC anteriores. Hay más información sobre la lista de sospechosos de terrorismo disponible en **www.fbi.gov/about/leadership-and-structure/national-security-branch/tsc**.

Toda divulgación de información de identificación personal al Departamento de Justicia se limitará a la información que sea necesaria para determinar si la persona está o no en la lista de sospechosos de terrorismo. La información de identificación personal se destruirá o devolverá al Programa de Salud del WTC una vez que se establezca que la persona no está en la lista de sospechosos de terrorismo.

Proceso de apelación

Los miembros tienen derecho a apelar las decisiones del administrador del Programa de Salud del WTC (el administrador) con respecto a su inscripción, certificación de afecciones, y la prestación de tratamiento y beneficios. Una persona o su representante designado pueden apelar la decisión por escrito dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la carta de la decisión sobre la inscripción. La apelación deberá incluir las razones por las que el miembro cree que la decisión del administrador es incorrecta, entre otros requisitos. Son inválidas las apelaciones de las políticas del Programa, las regulaciones o la ley. Tenga en cuenta lo siguiente: los miembros no tienen derecho a apelar la determinación por parte de un proveedor del Programa de que una afección no cumple con los criterios para la certificación y por lo tanto no se presentará la solicitud de certificación.

Una vez recibida la solicitud de una apelación válida, el administrador designará a un funcionario federal, que sea independiente del Programa para que revise el caso y haga una recomendación. El funcionario federal podría considerar información que no se haya presentado previamente con la aplicación ni haya sido considerada por el Programa de Salud del WTC. El administrador revisará la recomendación del funcionario federal y tomará una decisión final sobre la apelación.

El administrador podrá reabrir y reconsiderar una denegación en cualquier momento. Una apelación relacionada con una denegación de la inscripción basada en información de la lista de sospechosos de terrorismo se delegará a la agencia federal adecuada.

Fondo de Compensación para Víctimas del 11 de Septiembre

El Fondo de Compensación para Víctimas del 11 de Septiembre (VCF, por sus siglas en inglés) provee una compensación económica a las personas (o a un representante personal de una persona fallecida) que estuvieron presentes en el World Trade Center o en la zona de exposición de NYC (**www.vcf.gov/nyc-map-exposure-zone**), el sitio donde se estrelló el avión en el Pentágono, o el sitio donde se estrelló el avión en Shanksville, Pensilvania, en algún momento entre el 11 de septiembre del 2001 y el 30 de mayo del 2002, y que desde entonces recibieron un diagnóstico de una enfermedad física relacionada con el 9/11. El VCF no indemniza por afecciones de salud mental y no hace distinción entre el personal de respuesta y los sobrevivientes.

El VCF es administrado por el Departamento de Justicia y es un programa federal aparte en virtud de la Ley Zadroga. La inscripción en el Programa de Salud del WTC no lo registra automáticamente en el VCF. Visite el sitio web del VCF para obtener más información en **www.vcf.gov/spanish** o llame al 1-855-885-1555.

Los miembros del personal de respuesta o sobrevivientes que hayan solicitado beneficios del Programa de Salud del WTC también pueden solicitar beneficios del VCF. Este fondo requiere que las personas que soliciten inscripción en el Programa firmen un formulario de autorización que permita que el Departamento de Justicia comparta información de salud protegida o información de identificación personal (incluidos registros médicos) a entidades tales como el Programa de Salud del WTC. Por lo tanto, el Programa de Salud del WTC podría divulgar información de salud protegida o información de identificación personal al VCF, si un solicitante de beneficios del VCF también es miembro del Programa de Salud del WTC.

El VCF también puede solicitar información al Programa de Salud del WTC acerca de las afecciones del miembro relacionadas con el WTC certificadas y el tratamiento, o sobre toda certificación o solicitud de certificación del Programa por las afecciones del miembro relacionadas con el WTC y sobre su elegibilidad para recibir tratamiento.

Es posible que la información relacionada con los costos y pagos para el tratamiento de un miembro del Programa de Salud del WTC también se comparta con el VCF. La indemnización compensatoria del VCF puede reducirse por el costo del tratamiento que la persona reciba o tenga derecho a recibir, incluso a través del Programa de Salud del WTC.

Centros Clínicos de Excelencia

El Programa de Salud del WTC tiene contratos con los Centros Clínicos de Excelencia (CCE, por sus siglas en inglés) para proporcionar a los miembros elegibles evaluaciones de salud iniciales, monitoreo médico, tratamiento y otros servicios. En cumplimiento de la Ley Zadroga, los CCE también recolectan y reportan información, incluidos datos acerca de reclamaciones médicas, a los centros de datos del Programa de Salud del WTC.

Centros de datos

De acuerdo con la Ley Zadroga, el Programa de Salud del WTC tiene contratos con centros de datos para hacer lo siguiente:

1. recibir, analizar y reportar los datos recolectados de los CCE y de la Red Nacional de Proveedores (NPN) al Programa de Salud del WTC;
2. crear protocolos para la evaluación de salud inicial, el monitoreo médico y el tratamiento de las afecciones relacionadas con el WTC;
3. coordinar las actividades de alcance de los CCE;
4. establecer los criterios para otorgar credenciales a proveedores médicos participantes en la NPN (ver a continuación);
5. coordinar y manejar las actividades de los comités directivos del Programa de Salud del WTC; y
6. reunirse periódicamente con los CCE para obtener opiniones acerca del análisis y reporte de datos, y sobre la creación de protocolos para el control, la evaluación de salud inicial y el tratamiento.

Red Nacional de Proveedores

El Programa de Salud del WTC tiene contratos con una Red Nacional de Proveedores (NPN) para proporcionar evaluaciones iniciales de salud, monitoreo médico, tratamiento y otros beneficios a los miembros que residan en zonas que estén fuera del área metropolitana de Nueva York. Estas personas pueden optar por recibir los beneficios del Programa de Salud del WTC de un CCE. Los proveedores de la NPN deben poseer las calificaciones establecidas por los centros de datos. De manera similar a los CCE, la Red Nacional de Proveedores recolecta y reporta datos, incluidos aquellos sobre reclamaciones, a los centros de datos.

Representantes designados

Los miembros del personal de respuesta y los sobrevivientes pueden designar a una persona para que actúe en su nombre y represente sus intereses administrativos en el Programa de Salud del WTC. Un representante designado puede proporcionar y obtener información personal con respecto a su solicitud para el Programa de Salud del WTC, sus beneficios y su membresía en el Programa. Un representante designado también puede hacerle un pedido o darle indicaciones al Programa sobre su elegibilidad, la certificación o cualquier otro asunto administrativo del Programa de Salud del WTC, incluidas las apelaciones.

Cualquier persona (no un grupo ni una firma) puede ser un representante designado si sus servicios como representante designado no violan ninguna disposición legal aplicable. Los miembros solo pueden tener un (1) representante designado a la vez. Un padre o tutor legal puede actuar en nombre de un menor que busque servicios de monitoreo médico o tratamiento conforme al Programa de Salud del WTC.

Al designar a un representante, usted está autorizando al Programa de Salud del WTC a revelar su información personal a esa persona y autorizando a esa persona a que sirva como su representante en todas las cuestiones pertinentes a su membresía en el Programa de Salud del WTC; también la autoriza a recibir y a proporcionar información relacionada con su membresía y participación en el Programa, incluidas copias de evidencia médica y objetiva contenida en sus registros para el Programa. Sin embargo, es posible que esta persona no pueda tomar decisiones relacionadas con la atención médica (p. ej., de tratamiento) por usted.

Tenga en cuenta lo siguiente: toda obligación que tenga el Programa de Salud del WTC de informarle algo por escrito quedará cumplida si la notificación es enviada al representante designado. Por lo general, el Programa de Salud del WTC no acepta poderes legales para asuntos administrativos. Esto incluye firmar o presentar solicitudes a nombre de una persona, firmar formularios de designación de representantes a nombre de una persona y otras interacciones con el Programa a nombre de una persona.

Para designar a un representante, un miembro debe llenar y presentar un formulario de designación de representante y un formulario de autorización del representante designado para efectos de la HIPAA para el Programa. Puede obtener más información y los formularios en **www.cdc.gov/wtc/designated_representative.html** o llamando al 1-888-982-4748.

Comportamiento disruptivo y abusivo

El Programa de Salud del WTC cree que todas las personas tienen derecho a un entorno de trabajo seguro. No se tolerará el comportamiento disruptivo o abusivo de un solicitante o miembro del Programa de Salud del WTC dirigido hacia un establecimiento o personal afiliado al Programa (p. ej., un CCE, la NPN, proveedores o personal).

Este tipo de comportamientos incluyen, entre otros, actos de violencia o amenazas contra el personal u otros pacientes (incluso abuso verbal o físico), lenguaje grosero o vulgar (como insultar o gritar), tirar o golpear objetos, acosar o asediar, ocultar o usar un arma, o adoptar comportamientos delictivos.

Según sean las circunstancias particulares, a los miembros que adopten tales comportamientos, el CCE o el proveedor de la NPN podrían suspenderles su atención; se les podría exigir que firmen un acuerdo de comportamiento que detalle lo que se espera de ellos para recibir atención de su proveedor; se les podría exigir que se transfieran a otro proveedor del CCE o de la NPN; o les podrían aplicar otras medidas apropiadas, como involucrar a las fuerzas del orden público si fuera necesario.

El Programa se esfuerza por brindar atención compasiva de alta calidad para las necesidades de salud de sus miembros, relacionadas con el WTC. El comportamiento disruptivo o abusivo, sin embargo, puede afectar la capacidad del Programa para proporcionarles beneficios de manera oportuna.

Sanciones

Si un miembro del personal de respuesta o sobreviviente a sabiendas proporciona información falsa al Programa de Salud del WTC, incluso en la solicitud de inscripción, esa persona podría ser objeto de una multa o encarcelamiento de no más de cinco años.

Para obtener más información acerca del Programa de Salud del WTC, por favor remítase al estatuto de autorización y a las regulaciones federales (ver el Título XXXIII de la Ley del Servicio de Salud Pública, el Título 42, secciones 300mm - 300mm-61 del U.S.C.; la Parte 88 del Título 42 del C.F.R.). Hay enlaces al estatuto y a las regulaciones federales en **www.cdc.gov/wtc/laws.html**.
Actualizado en diciembre del 2021

Declaración sobre la Ley de Privacidad y divulgaciones adicionales permitidas de información de identificación personal y registros

De conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 y sus respectivas enmiendas (Título 5, Sección 552a del U.S.C.), por medio de la presente a usted se le notifica que el Programa de Salud del World Trade Center (WTC) es administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), el cual recibe y guarda la información personal acerca de los solicitantes en virtud de la autoridad legal contemplada en el Título 42, secciones 300mm - 300mm-61 del Código de los Estados Unidos. La información recibida es necesaria para determinar la elegibilidad y el cumplimiento de los requisitos para obtener beneficios del Programa de Salud del WTC y para cualquier evaluación de salud inicial, monitoreo médico y tratamiento subsiguientes, u otro beneficio de este Programa. La omisión de esta información puede prevenir o retrasar el proceso de una solicitud o determinación de elegibilidad.

Además de todos esos usos del Programa de Salud del WTC expuestos anteriormente, y según lo permitido por la Ley de Privacidad, la información y los registros de los miembros del personal de respuesta y de los sobrevivientes entregados al Programa o creados por el Programa pueden divulgarse para ciertos usos de rutina a personas o entidades específicas, incluidas las siguientes:

1. Departamento de Justicia (DOJ), en el caso de un litigio en el que estén involucrados el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), alguna entidad que forme parte de este departamento o alguno de sus empleados, o el Gobierno de los Estados Unidos. Tal divulgación se le puede hacer al DOJ para permitir que presente una defensa eficaz, siempre que dicha divulgación sea compatible con el propósito para el que se recopilaron los registros;
2. Departamento de Justicia y sus contratistas, para proporcionar apoyo en el escrutinio sobre el terrorismo de acuerdo con la obligación legal del Programa de Salud del WTC de determinar si una persona está en la “lista de sospechosos de terrorismo”, conforme lo exige el Título 42, secciones 300mm-21 y 300mm-31 del Código de los Estados Unidos, y si cumple los requisitos para estar inscrito en este Programa;
3. Departamento de Justicia, con el fin de ayudar en la implementación del Título II de la Ley Zadroga respecto del Fondo de Compensación para Víctimas del 11 de Septiembre, para proporcionar información concerniente a la inscripción de una persona en el Programa de Salud del WTC, a la decisión del administrador del Programa sobre si la afección de una persona está certificada como afección relacionada con el WTC o médicamente asociada a una afección relacionada con el WTC, y a la decisión del administrador sobre la autorización de tratamiento y pago de evaluaciones de salud, monitoreo médico y tratamiento;
4. Contratistas que ejecuten o trabajen en un contrato para el Departamento de Salud y Servicios Humanos, que requieran acceso a información para realizar sus labores o actividades para este departamento (conforme a la ley y el contrato);
5. Agencias federales o una entidad de la jurisdicción gubernamental que administre o tenga la autoridad para investigar un posible fraude, el desperdicio o el abuso en un programa de beneficios de salud que se administre utilizando fondos federales. El Programa de Salud del WTC debe determinar que tal divulgación de información sea razonablemente necesaria para prevenir, disuadir, descubrir, detectar, investigar, examinar, procesar, demandar por, defender contra, corregir, remediar o combatir el fraude, desperdicio o abuso en el Programa de Salud del WTC;
6. los departamentos de salud estatales y locales pueden recibir información acerca de ciertas enfermedades o exposiciones, donde el estado tenga un programa de notificación legalmente constituido sobre enfermedades contagiosas, que disponga la confidencialidad de la información. Esto puede incluir los registros estatales oficiales;

7. Miembros del Congreso o miembros del personal del Congreso que hayan presentado una solicitud verificada que involucre a una persona que tenga derecho a la información y haya solicitado la ayuda del miembro del Congreso o miembro del personal del Congreso;
8. el representante personal de un miembro, que cuente con su autorización para representarlo en lo concerniente al Programa de Salud del WTC. El miembro puede designar a una única persona para que represente sus intereses en el Programa del WTC y la designación debe hacerla por escrito. Si el miembro es menor de edad, uno de los padres o el tutor legal puede actuar en su nombre;
9. los investigadores colaboradores del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, NIOSH, (p. ej., contratistas de NIOSH, beneficiarios de subsidios, titulares de acuerdos de cooperación, científicos federales o estatales) para lograr el propósito de la investigación para la cual se recolectaron los registros;
10. la Administración del Seguro Social, en conexión con actividades de salud pública, para ubicar información con el fin de lograr los propósitos de la investigación o del programa para el cual se recolectaron los registros; y
11. las entidades correspondientes, con el fin de reducir o recuperar pagos del Programa de Salud del WTC por tratamientos recibidos, y por los cuales las personas recibieron otros pagos en virtud de la ley o el plan de compensación de trabajadores de los Estados Unidos, un estado o localidad, o de otro plan de beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo patrocinado por el empleador de dicho trabajador, o de otro plan de salud privado o público de conformidad con el Título 42, Sección 300mm-41, del Código de los Estados Unidos.

La actual notificación del Sistema de Registros del HHS (SORN, por sus siglas en inglés) se publicó el 14 de junio del 2011 en el Volumen 76 del Registro Federal, Registro 34706 e incluye las divulgaciones arriba mencionadas de conformidad con la Ley de Privacidad. Usted puede tener acceso a la actual SORN y a todas las actualizaciones que se le hagan en el futuro en la siguiente dirección de Internet: https://www.cdc.gov/SORNnotice/09-20-0147.htm. Todas las enmiendas a la SORN actual pueden incluir divulgaciones adicionales de información personal.

Aviso de prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud personal

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede usted tener acceso a ella. Por favor léalo cuidadosamente.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) exige que el Programa de Salud del World Trade Center (WTC) mantenga la privacidad y seguridad de su información de salud personal y le informe a usted sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del Programa con respecto a cómo guarda, usa y divulga su información de salud personal.

¿Cómo usamos y divulgamos su información de salud personal?

El Programa de Salud del WTC debe usar y divulgar su información de salud personal para proporcionar datos:

- a usted, a alguien que usted nombre para recibir su información de salud personal, o a alguien que tenga el derecho legal de actuar por usted (el Programa de Salud del WTC se asegurará de que la persona tenga la autoridad adecuada antes de tomar medidas o actuar);
- al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), de ser necesario, para garantizar que se proteja su privacidad y se cumplan las exigencias de la HIPAA, y
- cuando lo requiera la ley.

¿De qué otra manera usamos y divulgamos su información de salud personal?

El Programa de Salud del WTC puede usar y divulgar su información de salud personal para proporcionarle tratamiento, para pagar por su atención médica, y para las operaciones del Programa. Por ejemplo, el Programa puede usar o divulgar su información de salud personal de las siguientes maneras:

- El Programa de Salud del WTC recolectará y usará su información de salud personal para decidir si usted cumple con los requisitos para que el Programa cubra el tratamiento de sus afecciones. El Programa “certificará” las afecciones que cumplan con estos requisitos.
- El Programa de Salud del WTC recolectará y usará su información de salud personal para determinar el diagnóstico y cualquier tratamiento médicamente necesario de las afecciones “certificadas”.
- El Programa de Salud del WTC divulgará su información de salud personal a la Oficina de Administración de Finanzas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para pagar a los proveedores por los servicios de atención médica elegibles que usted haya recibido.
- El Programa de Salud del WTC revisará y usará su información de salud personal para asegurarse de que usted esté recibiendo atención médica de calidad.

Puede que el Programa de Salud del WTC use o comparta su información de salud personal para los siguientes propósitos en circunstancias limitadas:

- con otras agencias federales y estatales, cuando lo permita la ley federal, que necesiten datos de salud del Programa de Salud del WTC para las operaciones de sus programas;
- para actividades de salud pública realizadas por autoridades de salud pública (como notificar brotes de enfermedades);
- para actividades de vigilancia de la atención médica (tales como investigaciones de fraude y abuso);
- para procedimientos judiciales y administrativos (por ejemplo, para responder a una orden judicial);
- para hacer cumplir las leyes;
- para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad;
- con fines de notificar a una autoridad gubernamental información acerca de víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- para notificar información acerca de personas fallecidas a un funcionario forense, médico forense o director de funerales;
- con organizaciones de adquisición de órganos, con fines de donación de órganos o tejidos y de realización de trasplantes;
- con fines de investigación, bajo ciertas condiciones;
- con fines de compensación laboral; o
- para contactarlo a usted acerca de nueva cobertura o cambios en la cobertura, conforme al Programa de Salud del WTC.

¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información de salud personal?

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud personal. Por ley, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir una copia impresa de este aviso sobre la privacidad. Usted puede pedir una copia impresa de este aviso, aunque ya haya recibido una copia electrónica (por ejemplo, por correo electrónico). Nosotros se la daremos sin demora cuando la solicite.
- Recibir una lista que muestre a quiénes hemos divulgado su información de salud personal. Usted puede pedir una lista (contabilización) de las veces en las que hemos divulgado su información de salud personal en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista muestra a quiénes, cuándo y por qué hemos divulgado la información. La lista no incluye información acerca de tratamientos, pagos ni operaciones de la atención médica; tampoco incluye ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hiciéramos). Nosotros proporcionaremos una contabilización gratuita por año, pero cobraremos una suma razonable basada en el costo si usted solicita otra dentro de los 12 meses siguientes.
- Recibir una copia de su información de salud personal. Usted puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos, así como de otra información relacionada con la salud que tengamos sobre usted. Puede comunicarse con nosotros usando la información de contacto que se incluye en la última página de este aviso. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Puede ser que cobremos una suma razonable basada en el costo por enviarle sus registros de salud y reclamos.
- Pedirnos que cambiemos (“enmendemos”) su información de salud personal. Usted puede pedir que se hagan cambios en sus registros si cree que su información de salud personal contiene errores o que falta información. Por favor tenga en cuenta que podemos negarnos a hacer cambios en su información de salud personal si creemos que la información en sus registros es precisa y está completa. Si no se accede a su solicitud, le daremos una explicación por escrito dentro de los 60 días a partir de la fecha en la que hayamos recibido su pedido. Usted puede pedir que se agregue una declaración en sus registros personales de salud que refleje su desacuerdo.
- Pedir que las comunicaciones sean confidenciales. Usted puede pedir que comuniquemos su información de salud personal de manera privada (“confidencial”). Puede solicitar que nos comuniquemos con usted en una manera específica (por ejemplo, el teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Pedir que limitemos la forma en la que usamos y divulgamos su información de salud personal. Usted puede pedir que no usemos ni divulguemos cierta información de salud. Nosotros no estamos obligados a acceder a los límites que usted solicite, excepto en ciertas circunstancias.
- Elegir a alguien para que actúe por usted. Si usted le ha dado a alguien un poder legal para asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer derechos por usted y tomar decisiones relativas a su información de salud personal. Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que tomemos alguna medida.

- Ser informado si ocurre una intromisión que pueda haber comprometido la seguridad de la información. Usted puede esperar ser informado y recibir una notificación si ocurre una intromisión que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

¿Cuándo debemos tener su permiso por escrito?

Por ley, el Programa de Salud del WTC debe tener su permiso por escrito (una autorización) para usar o divulgar su información de salud personal para todo fin que no se mencione en este aviso, incluidos ciertos usos o divulgaciones de notas de sicoterapia. Además, el Programa de Salud del WTC no venderá ni ofrecerá en el mercado su información de salud personal sin su permiso por escrito.

Usted puede retirar (revocar) su permiso escrito en cualquier momento, excepto en los casos en que el Programa de Salud del WTC ya haya actuado de acuerdo con su permiso. Si usted retira su permiso escrito, por favor presente esa revocatoria por escrito al Programa de Salud del WTC.

El Programa de Salud del WTC tiene prohibido utilizar o divulgar su información de salud genética personal (p. ej., sus pruebas genéticas, las pruebas genéticas de los miembros de su familia y los antecedentes médicos familiares) con el fin de determinar su elegibilidad e inscripción en este Programa (p. ej., para una evaluación de riesgos).

¿Cuáles son las responsabilidades del Programa de Salud del WTC?

El Programa de Salud del WTC está obligado, por ley, a cumplir con los términos de este aviso de privacidad. El Programa de Salud del WTC tiene el derecho de cambiar este aviso de privacidad y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos acerca de usted. Si hacemos algún cambio significativo a este aviso, se publicará una copia electrónica del aviso actualizado en el sitio web del Programa de Salud del WTC, y usted recibirá el aviso nuevo por correo postal o correo electrónico dentro de los 60 días. También puede pedir en cualquier momento que se le envíe una copia del aviso.

¿Cómo puede contactar al Programa de Salud del WTC?

Usted puede llamar al 1-888-982-4748 para obtener información adicional sobre los asuntos comprendidos en este aviso. Pida hablar con un representante acerca del aviso de privacidad relativo a la HIPAA del Programa de Salud del WTC. Para ver una copia electrónica del aviso de privacidad relativo a la HIPAA del Programa de Salud del WTC, consulte su sitio web en www.cdc.gov/wtc/privacy.html.

¿Cómo puede usted presentar una queja?

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Programa de Salud del WTC llamando al 1-888-982-4748 o enviando una carta a la siguiente dirección: P.O. Box 7000 Rensselaer, NY 12144 ATTN: WTC Health Program, HIPAA Complaint. Presentar una queja no afectará su cobertura en el Programa. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si envía una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, si llama al 1-877-696-6775, o si visita www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Los usuarios de líneas TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Este aviso sobre las prácticas de privacidad del Programa de Salud del WTC entró en vigor el 23 de septiembre del 2020.