

## Aviso de prácticas de privacidad

En este aviso, se describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica, y cómo usted puede acceder a ella. **Revísela con cuidado.**

### Sus derechos

**Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud.** En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

<p><b>Obtenga una copia de sus registros de salud y de reclamos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos, y otra información de salud suya que tengamos. Consúltenos cómo hacerlo.</li> <li>• Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamos, por lo general, dentro de los 30 días a partir de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en los costos.</li> </ul>
<p><b>Pedir que corriamos registros de salud y de reclamos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir que corriamos sus registros de salud y de reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Consúltenos cómo hacerlo.</li> <li>• Podríamos rechazar su solicitud; sin embargo, le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.</li> </ul>
<p><b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted en una forma específica (por ejemplo: a su teléfono particular o laboral), o por correo a una dirección diferente.</li> <li>• Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptarlas si nos indica que estaría en peligro debido a nuestro rechazo.</li> </ul>
<p><b>Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.</li> <li>• No estamos obligados estar de acuerdo con su solicitud, y es posible que la rechacemos si afecta su atención.</li> </ul>
<p><b>Obtenga una lista de todos aquellos con los que hemos compartido información</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una lista (descripción) de las veces en las que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha en la que usted lo pide, a quién se la hemos enviado y por qué.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Brindaremos una descripción anual gratis, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra dentro de los 12 meses.</li> </ul>
<p><b>Obtener una copia de este aviso de privacidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si había acordado recibirlo por vía electrónica. Le enviaremos una copia impresa a la brevedad.</li> </ul>

<b>Elegir a alguien para que actúe en su nombre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le ha dado a alguien un poder médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.</li> <li>• Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que tomemos ninguna medida.</li> </ul>
<b>Presente una queja si cree que se han violado sus derechos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede quejarse si cree que se han violado sus derechos. Comuníquese con nosotros usando los datos que figuran en la última página.</li> <li>• Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; si llama al 1-877-696-6775; o si visita <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a></li> <li>• No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.</li> </ul>

## Sus opciones

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre qué compartir. Si tiene una preferencia clara respecto de la manera en la que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, avísenos. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

### En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas relacionadas con el pago del cuidado médico.
- Compartamos información en situaciones de ayuda ante catástrofes.

*Si no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, porque está inconsciente), es posible que de todos modos compartamos su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesaria para disminuir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.*

### En estos casos, nunca compartimos su información, salvo que nos autorice por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo usamos o compartimos su información de salud en general?

En general, usamos o compartimos su información de salud para lo siguiente:

<b>Ayudar a controlar el tratamiento de cuidado de</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.</li> </ul>	<b>Ejemplo:</b> <i>Un doctor nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento a fin de que</i>
--	---	--

<b>salud que usted recibe</b>		<i>podamos organizar servicios adicionales.</i>
<b>Dirigir nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• We can use and disclose your information to run our organization and contact you when necessary.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<b>Ejemplo:</b> <i>Usamos su información de salud a fin de desarrollar mejores servicios para usted.</i>
<b>Pagar sus servicios de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios.</li> </ul>	<b>Ejemplo:</b> <i>Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago del tratamiento dental.</i>
<b>Administrar su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan con fines administrativos.</li> </ul>	<b>Ejemplo:</b> <i>Su compañía celebra un contrato con nosotros para que brindemos un plan de salud. Nosotros le brindamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas de seguro que cobramos.</i>

### ¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas. Por lo general, para contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines.

Para obtener más información, visite:

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

<b>Ayudar a la salud pública y ante problemas de seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir sus datos de salud para ciertas situaciones, como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prevenir enfermedades.</li> <li>○ Ayudar en el retiro de productos</li> <li>○ Informar reacciones adversas de los medicamentos</li> <li>○ Denunciar una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica</li> <li>○ Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona</li> </ul> </li> </ul>
--	--

<b>Investigar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar o divulgar su información para las investigaciones de salud.</li> </ul>
<b>Cumplir con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debemos compartir su información si el estado o las leyes federales así lo requieran. Incluso el Departamento de Salud y Servicios Humanos puede pedirla para comprobar que cumplimos las leyes de privacidad federales.</li> </ul>
<b>Responder las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o un director de una funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información de salud con organizaciones dedicadas a obtener órganos.</li> <li>• También podemos compartir su información de salud con un médico o perito forense, o el director de una funeraria cuando alguien fallece.</li> </ul>
<b>Abordar la indemnización a los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno</b>	<p>Podemos usar o compartir su información de salud en estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para los reclamos de indemnización a los trabajadores</li> <li>○ Con el fin de cumplir con la ley o con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley</li> <li>○ Con las agencias de supervisión de salud para las actividades que autoriza la ley</li> <li>○ Para las funciones de gobierno especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección al presidente</li> </ul>
<b>Responder ante juicios y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación legal.</li> </ul>

## Nuestras responsabilidades

- Se nos exige por ley mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le diremos de inmediato si ocurre una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- No vamos a usar ni compartir su información de ninguna otra manera que las descritas en el presente documento, salvo que usted nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite: [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html)

## **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso. Estos cambios se aplicarán a todos los datos que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita en nuestro sitio web. Le enviaremos una copia.

## **Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a lo siguiente:**

Health Plan of San Joaquin, 7751 South Manthey Road French Camp, CA 95231

Contacte a nuestro Departamento de Cumplimiento por cualquier pregunta o inquietud sobre su privacidad. Escriba a [privacyofficer@hpsj.com](mailto:privacyofficer@hpsj.com), llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711, o visite [www.hpsj.com](http://www.hpsj.com)

La fecha de entrada en vigor de este aviso es el 5 de marzo de 2018.