

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER
UTILIZADA Y DIVULGADA. ESTE AVISO TAMBIÉN DESCRIBE CÓMO PUEDE
OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE LEERLA
CUIDADOSAMENTE.

Si tiene preguntas acerca de esta notificación, por favor comuníquese con un Representante de Servicios al Miembro del Health Plan of San Mateo (HPSM) al **1-866-880-0606** o al **650-616-2174**.

¿Por qué recibo este aviso?

Comprendemos que su información de salud es personal. Estamos comprometidos con proteger su información de salud. En general, la información de salud se refiere a cualquier información sobre su salud física o mental o sobre el pago que usted hace de los servicios de salud en que se le puede identificar a usted individualmente. Esta información puede ser sobre su salud pasada, presente o futura. Algunos ejemplos de la información de salud son su nombre, fecha de nacimiento, diagnósticos, tratamientos médicos, y reclamos médicos pasados, aunque esto no es de manera alguna una lista completa.

Este aviso contiene un resumen de las prácticas de privacidad del HPSM y sus derechos relacionados con la información de salud. Este aviso sólo cubre las prácticas de privacidad del HPSM. Su médico puede tener diferentes políticas o avisos en relación al uso y divulgación que haga de la información de salud que se genere en su consultorio.

La ley nos exige lo siguiente:

- Asegurarnos de que la información de salud que le identifica se mantenga privada;
- Proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad acerca de su información de salud; y
- Cumplir con los términos del aviso que está actualmente vigente.

¿Cómo puede el HPSM utilizar o compartir mi información de salud?

A continuación se presentan formas en las que podemos utilizar su información de salud. Las leyes federales y estatales permiten los tipos de usos y formas de divulgar la información enumerados a continuación. Uso se refiere a cómo utilizamos la información dentro de HPSM. Divulgación significa compartir información con alguien externo al HPSM. A continuación encontrará una descripción de cada tipo de uso o divulgación, y algunos ejemplos. **La siguiente lista no incluye todos los posibles usos y divulgaciones permitidos, y no pretende limitar los usos y divulgaciones permitidos por la ley. Sin embargo, todas las formas en las que se nos permite usar y divulgar su información de salud se encontrarán incluidas en los siguientes propósitos:**

- **Para el pago.** Utilizamos su información de salud para pagar las facturas de los

servicios médicos que usted recibe como miembro del HPSM. **Por ejemplo:** Podríamos necesitar obtener información acerca de un tratamiento que su médico esté considerando para usted. Evaluaremos la información a fin de tomar la decisión de autorizar o no el pago del tratamiento. Las decisiones se basan en la necesidad médica. Podríamos necesitar informarle al médico si el tratamiento es un beneficio cubierto.

- **Para operaciones del cuidado de la salud.** Podemos usar y divulgar su información de salud para llevar a cabo las operaciones del HPSM. Esto se realiza de manera confidencial. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del plan de salud y para brindar muchos de los servicios que usted recibe. **Por ejemplo:** Podemos usar su información de salud en nuestra evaluación de los médicos que le proporcionan atención. Verificamos el desempeño de ellos con el fin de asegurarnos de que usted reciba atención de calidad. También podemos usar su información de salud para comparar la calidad de nuestros servicios con la de otros planes de salud. Esto nos ayudará a identificar si existen formas en las que podamos mejorar la calidad de la atención que recibe.
- **Para el tratamiento.** Podemos usar su información de salud para la administración de su atención. Podemos compartir su información de salud con un proveedor para que la utilice en su tratamiento. **Por ejemplo:** Podemos evaluar su información de salud, incluyendo los medicamentos que está tomando, para asegurarnos de que ninguno de los tratamientos que recibe pueda presentar un conflicto al interactuar con otro.
- **Para beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y compartir su información de salud para informarle acerca de los beneficios o servicios de salud del HPSM que puedan ser de su interés por medio de los Programas de Educación.
- **A contratistas.** Podemos divulgar su información de salud a nuestros contratistas, quienes nos asisten en nuestras operaciones. Nuestros contratistas acuerdan por escrito mantener en forma confidencial y segura la información de salud proporcionada y no utilizarla excepto con el fin de asistirnos. **Por ejemplo,** nosotros contratamos a una compañía conocida como “Administrador de beneficios de farmacia”. Esta compañía procesa los reclamos de los servicios de farmacia. Nosotros suministramos la información que tenemos que es necesaria para pagar los reclamos de los servicios de farmacia de nuestros miembros. El Administrador de beneficios de farmacia acuerda mantener la confidencialidad de esta información.
- **A patrocinadores de programas de seguros médicos.** Empleadores y otras organizaciones que patrocinan programas de seguro médico. Estos empleadores o patrocinadores contratan al HPSM para proporcionarle servicios a usted y pagar los reclamos. Podemos notificar al patrocinador del plan si usted está inscrito(a) o si

canceló su inscripción del plan. También podemos divulgar su información de salud para que el patrocinador del plan pueda auditar el desempeño del HPSM. El patrocinador acuerda mantener en forma confidencial y segura su información de salud.

- **A miembros de su familia o personas involucradas en su atención o el pago de sus servicios de atención.** Podemos divulgar su información de salud a la persona responsable de pagar su atención médica, según sea necesario, para permitirle a esa persona realizar el pago. También podemos divulgar la información de salud a miembros de su familia y a otras personas que estén involucradas en atenderlo. Sin embargo, sólo podemos divulgar esta información si usted está presente y está de acuerdo con que se realice la divulgación. Si usted no está presente, sólo podemos divulgar su información de salud a las personas involucradas en su atención si usted no puede responder debido a su condición médica y creemos que divulgar su información sería de beneficio para usted. Asimismo, podríamos divulgar su información de salud a personas involucradas en su atención o en el pago de su atención después de la muerte de usted, a menos que usted nos indique que no desea compartir su información con ellas.
- **A escuelas en relación a las inmunizaciones.** Podríamos proporcionar a una escuela el registro de inmunizaciones de un estudiante que esté inscrito o que se vaya a inscribir en dicha escuela si el estado o alguna otra ley le exige a la escuela que tenga ese comprobante de vacunación.

En situaciones especiales

- **De acuerdo con lo estipulado por la ley.** Divulgaremos su información de salud cuando nos sea requerido por las leyes federales, estatales o locales.
- **Para evitar una seria amenaza a la salud o a la seguridad.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud a fin de prevenir una seria amenaza a su salud y su seguridad, o la salud y la seguridad de otras personas. Únicamente divulgaríamos la información a alguien que pudiera ayudar a evitar dicha amenaza.
- **Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas o es veterano, podríamos divulgar su información de salud si así lo exigen las autoridades militares o con objeto de ayudar a determinar su elegibilidad para obtener beneficios de veteranos.
- **Instituciones correccionales.** Si usted está bajo custodia, la divulgación de su información de salud también podrá proporcionarse a instituciones correccionales en el curso de la coordinación de su atención.
- **Compensación al trabajador.** Podemos divulgar su información de salud a programas de Compensación al trabajador o programas similares. Estos programas

brindan beneficios por lesiones o enfermedades de naturaleza laboral.

- **Riesgos a la salud pública.** Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
 - Prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad;
 - Notificar el abuso o abandono de menores;
 - Reportar nacimientos o fallecimientos;
 - Reportar reacciones a los medicamentos o problemas con productos;
 - Notificar al público de productos retirados del mercado que la gente pueda estar utilizando;
 - Notificar a las personas que podrían haber estado expuestas a una enfermedad o que pudieran estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad.
 - Notificar a las autoridades gubernamentales correspondientes si consideramos que un miembro ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo llevaremos a cabo esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo autorice la ley.

- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a la agencia pública responsable de supervisar las operaciones del HPSM. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica y los programas gubernamentales de beneficios de salud.

- **Demandas legales y disputas.** Podemos divulgar su información de salud si lo solicita un tribunal o juzgado. También podemos divulgar su información de salud en respuesta a un citatorio u otro procedimiento legal, pero sólo si se ha hecho lo posible por notificarle a usted acerca de la solicitud o por obtener una orden que proteja la información solicitada.

- **Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información de salud si nos lo requiere un oficial de la seguridad pública o, en circunstancias limitadas, si el oficial solicita la información, o para reportar una conducta criminal. Generalmente, esto tendría que estar relacionado con una investigación criminal y/o ser en respuesta a una orden judicial, decreto o un proceso similar. También podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

- **Funciones militares.** Podríamos divulgar su información si se requiere para ayudar en una misión militar u otra actividad gubernamental relacionada con los servicios de inteligencia, seguridad nacional o de protección al Presidente.

- **Forenses, médicos legistas y agentes funerarios.** Podemos divulgar la

información de salud de miembros que han fallecido a forenses, médicos legistas y agentes funerarios para permitirles llevar a cabo sus funciones.

- **Organizaciones de trasplantes de órganos.** Podríamos divulgar su información de salud a organizaciones que realicen trasplantes de órganos o tejidos con el fin de facilitar un trasplante de órganos.
- **50 años después de fallecido.** Podríamos divulgar la información de salud de los miembros que han muerto a cualquier agencia si el miembro falleció al menos 50 años antes.
- Casos de emergencia. Podemos divulgar su información de salud en una situación donde se requiera prestar ayuda en caso de desastre o emergencia grave. Sin embargo, si prefiere que *no* se divulgue su información en este tipo de situaciones, tiene derecho a tomar esa decisión.

Limitaciones

Otras leyes pueden limitar o evitar las divulgaciones indicadas anteriormente. Por ejemplo, hay límites especiales en la divulgación de información de salud relacionada con la condición médica del VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, discapacidades del desarrollo y tratamiento por abuso de drogas y alcohol. Cumplimos con estas restricciones en nuestro uso de su información de salud. No podemos vender su información.

Autorización

No permitiremos otros usos y divulgaciones de su información de salud diferentes a los descritos en las páginas previas sin su permiso o autorización por escrito. Debemos obtener su autorización antes de que usemos o divulguemos su información por cualquier otro motivo. **Por ejemplo:** Tras su autorización, podríamos utilizar y compartir su información de salud para propósitos de investigación. Su decisión de darnos su autorización no afecta su tratamiento médico, beneficios del plan de salud, pago del tratamiento o elegibilidad de inscripción. Usted tiene el derecho de cambiar de parecer incluso después de haber firmado una autorización para el uso o divulgación de su información de salud. Si usted así lo decide, no utilizaremos o divulgaremos más la información. Por supuesto, no podemos revertir cualquier divulgación que ya hubiéramos realizado durante el tiempo en que tuvimos su autorización para hacerlo.

Sus derechos en relación con su información de salud

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su información de salud que nosotros almacenamos:

- **Derecho a obtener una copia de este aviso de privacidad:** Tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Este aviso también está disponible para su programa en nuestro sitio web:
www.hpsm.org/documents/HPSM_Notice_of_Privacy_Practices.pdf.
- **Derecho a asignar a una persona para que lo represente:** Usted tiene el derecho de otorgar a una persona poder médico notarial que permita a dicha persona representarlo y tomar decisiones sobre su información de salud. Este derecho también se aplica si usted tiene un tutor legal. Nos aseguraremos de que quien lo represente tenga esta autoridad antes de que tomemos cualquier decisión.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación para el uso o divulgación de su información de salud.
En su solicitud, debe indicarnos:
 1. Qué información desea limitar;
 2. Si desea limitar nuestro uso o nuestra divulgación de la información, o ambos y
 3. A quién desea que se apliquen dichos límites.

Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito. Consulte la página 8 para obtener instrucciones.

Nota: No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, respetaremos su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en privado acerca de sus asuntos médicos y de manera especial. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo.

No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Haremos todos los esfuerzos necesarios para ajustarnos a las peticiones razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Para solicitar una gestión especial en la manera de ponernos en contacto con usted, debe hacer su solicitud por escrito. Consulte la página 8 para obtener instrucciones.

- **Derecho a un informe de divulgaciones.** Usted tiene el derecho a solicitar un “informe de divulgaciones”. Este es una lista de divulgaciones no rutinarias que hemos realizado de su información de salud. Esta lista excluye divulgaciones que hemos realizado para su tratamiento o para nuestras operaciones del plan de salud, incluyendo el pago por su atención médica. Sin embargo, incluye la mayoría de las divulgaciones que se nos requiere o se

nos permite realizar sin su autorización. Por ejemplo, incluye divulgaciones a agencias gubernamentales que evalúan nuestros programas. Para solicitar la lista o el informe de divulgaciones debe presentar su solicitud por escrito. Consulte la página 8 para obtener instrucciones. Su solicitud debe ser para un periodo no mayor de tres (3) años, anterior a la fecha de su solicitud y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

- **Derecho al acceso de su información de salud.** Tiene el derecho a obtener una copia de cierta información de salud que el HPSM mantiene en sus registros. En general, esto incluye los registros de salud y facturación. Tendrá que comunicarse con su médico para obtener una copia de su expediente médico. Para obtener una copia de su información de salud que conservamos debe presentar su solicitud por escrito. Consulte la página 8 para obtener instrucciones.

En algunos casos podríamos negar su solicitud de obtener una copia. Si se le niega el acceso a la información de salud le comunicaremos el motivo por escrito. Si se le niega el acceso, puede solicitar que se evalúe dicha negativa. La persona que realiza la evaluación no será la persona que negó su solicitud. Nos apegaremos a los resultados de la evaluación.

- **Derecho a recibir un aviso por incumplimiento.** El incumplimiento ocurre cuando se obtiene, utiliza o revela información protegida de salud de una manera que infrinja las leyes de privacidad pertinentes. La información de salud no debe estar protegida, lo que significa que otros podrían tener acceso a ella. El HPSM está obligado a informarle de tal incidente dentro de un plazo de dos (2) meses a partir de que se descubre que se ha infringido la privacidad de su información. La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y en ciertas circunstancias, los medios de comunicación, también podrían tener que ser notificados.

El aviso de incumplimiento que usted reciba incluirá la siguiente información: una descripción de lo ocurrido, el tipo de información que estuvo involucrada en el incumplimiento y los pasos que usted debe seguir a fin de protegerse de que esta situación llegara a afectarle adversamente. El aviso también le indicará lo que está haciendo el HPSM para investigar la situación, minimizar el perjuicio que se le haya causado a usted y evitar que vuelvan a ocurrir incumplimientos.

- **Derecho a modificar.** Usted tiene el derecho a agregar un comentario por escrito que se conservará con su información de salud en HPSM. Si considera que la información de salud que tenemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta puede solicitarnos que se modifique. Esto generalmente se realiza si no está de acuerdo con la información de salud que tenemos en nuestros archivos acerca de usted. Tiene el derecho a solicitar una modificación por el tiempo que conservemos la información. Para solicitar una modificación, su solicitud debe hacerse por escrito. Consulte la

página 8 para obtener instrucciones.

No estamos obligados a modificar la información de salud que:

- no fue creada por el HPSM, a menos que la persona que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- no es parte de la información que conservamos;
- no es parte de la información de la cual se le permitiría obtener una copia, o
- es correcta y está completa.

Si el HPSM niega su solicitud de modificar su información de salud, se lo notificaremos por escrito. También recibirá una explicación por escrito de por qué su solicitud fue negada.

Cambios a este aviso

Este aviso entra en vigor a partir del 23 de septiembre de 2013. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso.

Nos reservamos el derecho de que el aviso modificado sea válido para toda la información de salud que ya tenemos acerca de usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. En la parte inferior de cada página puede encontrar la fecha de vigencia del aviso. Además, cada vez que existan cambios en el aviso, le informaremos por correo en un plazo de 60 días. También colocaremos una copia del aviso vigente en nuestro sitio Web en <http://www.hpsm.org/privacy-policy.aspx>.

Ponga una queja o presente una reclamación

Instrucciones:

- (1) Cómo presentar una reclamación relacionada con sus derechos de privacidad: Si cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una reclamación ante el Health Plan of San Mateo. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para presentar una queja.

Grievance Coordinator

Health Plan of San Mateo 801
Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080
1-888-576-7557 o 650-616-2850

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights

Attn: Regional Manager
50 United Nations Plaza, Room 322 San
Francisco, CA 94012

Para obtener información adicional, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) de los Estados Unidos al **1-866-627-7748** o **1-866-788-4989** TTY **(OCR-PRIV)**

No se le sancionará por presentar una reclamación.

(2) Para solicitudes relacionadas con sus derechos, como los enumerados en este aviso, por favor envíe solicitudes por escrito a:

Attention: Privacy Officer
Health Plan of San Mateo 801
Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

650-616-0050

Si solicita una copia de su información de salud, podemos cobrar una tarifa por los costos de copiado, envío postal u otros costos asociados con su solicitud. Le notificaremos del costo correspondiente y usted puede decidir retirar o cambiar su solicitud en ese momento antes de que se procese.

Si tiene preguntas acerca de este aviso, por favor comuníquese con Servicios al Miembro del Health Plan of San Mateo (HPSM) al **1-866-880-0606** o al **650-616-2174**. Los miembros con deficiencias auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1** para el Servicio de Transmisión de Mensajes de California (CRS, por sus siglas en inglés).