

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA. ESTE AVISO TAMBIÉN DESCRIBE CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE LEERLO CUIDADOSAMENTE.**

### ¿Por qué recibo este aviso?

Health Plan of San Mateo (HPSM) entiende que la información de salud sobre usted tiene carácter personal. Estamos comprometidos con proteger su información de salud. Este aviso contiene un resumen de las prácticas de privacidad de HPSM y sus derechos relacionados con la información de salud. Este aviso solo cubre las prácticas de privacidad de 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 su información de salud se mantenga con carácter privado
- Proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad acerca de su información de salud
- Cumplir con los términos del aviso actualmente vigentes

### Cómo podemos usar y compartir su información de salud

Su información puede ser utilizada o compartida por HPSM solo en relación con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica asociadas con el programa particular en el cual usted está inscrito. La información que utilizamos y compartimos incluye, sin limitación, lo siguiente:

- Su nombre
- Dirección
- Datos personales
- La atención médica que se le proporciona
- El costo de su atención médica
- Su historial médico

### Algunos ejemplos de cuándo podemos utilizar o compartir su información de salud

- **Para el tratamiento:** Usted puede necesitar tratamiento médico que requiera ser aprobado anticipadamente. Compartiremos su información de salud con médicos, hospitales y otras personas para que usted reciba la atención que necesite.
- **Para el pago:** Utilizamos su información de salud para pagar a médicos, hospitales y otras personas que le hayan proporcionado atención médica. También podemos enviar facturas a otros planes u organizaciones de salud para su pago.
- **Para operaciones de atención médica:** Podemos usar su información de salud para comprobar la calidad de la atención que reciba. También podemos utilizar esta información en auditorías, programas para evitar el fraude y el abuso, planificación financiera y de organización y administración general.
- **Para asociados de negocios:** Podemos usar o compartir su información de salud a una compañía externa que nos preste asistencia en la operación de nuestro plan de salud.

### Otros usos para su información de salud

- **Beneficios o servicios de salud:** Podemos usar y compartir su información de salud para informarle acerca de los beneficios o servicios de HPSM que puedan ser de su interés por medio de los Programas de Educación de HPSM.

- **Decisiones de pago:** Usted o su médico, hospital u otro proveedor de atención médica puede apelar las decisiones que se tomen sobre el pago de su atención médica. Su información de salud puede ser utilizada para tomar estas decisiones de apelación.
- **Actividades de supervisión de la salud:** Podemos compartir su información de salud con agencias de supervisión de la salud en relación con actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones, actividades de otorgamiento de licencias o acciones disciplinarias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda fiscalizar el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones por parte de HPSM.
- **Personas que participan en su atención:** Podemos compartir información con personas que participan en su atención médica, o con su representante personal.
- **Compensación al trabajador:** Podemos compartir su información de salud con programas de Compensación al trabajador o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades de naturaleza laboral.
- **Médicos forenses, legistas y agentes funerarios:** Podemos compartir la información de salud de miembros que han fallecido a médicos forenses, legistas y directores funerarios para permitirles llevar a cabo sus funciones.
- **Donación de órganos y tejidos:** Podemos compartir su información de salud con organizaciones que obtienen, conservan en bancos o trasplantan órganos o tejidos donados.
- **Actividades de salud pública:** Podemos compartir su información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen, sin limitación, las siguientes:
  - Prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad
  - Informar de nacimientos y fallecimientos
  - Notificar el abuso o abandono de menores
  - Informar problemas con medicamentos y otros productos médicos
  - Notificar al público de productos retirados del mercado que puedan 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 o afección
- **Aplicación de la ley o procedimientos judiciales:** Podemos compartir información de salud si así lo requiere una autoridad de aplicación de la ley, en respuesta a una orden o mandamiento judicial, y si lo solicitan funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su información de salud en respuesta a un citatorio u otro procedimiento lícito, pero solo si se ha hecho lo posible por notificarle a usted acerca de la solicitud o por obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **50 años después de fallecido:** Podemos compartir la información de salud de miembros fallecidos con cualquier agencia si el miembro ha fallecido hace más de 50 años.

### **Cuándo se necesita un permiso por escrito**

Si queremos usar su información de salud para algún fin no indicado anteriormente, primero debemos obtener su permiso por escrito. Si usted nos da su permiso, puede retirarlo por escrito en cualquier momento.

### **Sus derechos de privacidad**

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

- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cómo usamos o compartimos 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. Vea la página 4 para verificar adónde debe enviar esas solicitudes.

**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 derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en privado y con una gestión especial. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en otra dirección, solo por teléfono o solo cuando esté en el trabajo.

No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Haremos todo esfuerzo necesario 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. Vea la página 4 para verificar adónde debe enviar esas solicitudes.

- **Derecho al acceso de su información de salud:** Tiene derecho a obtener una copia de cierta información de salud que 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. Es posible que se le cobre un cargo por los costos de copiar y enviar los registros por correo. Para obtener una copia de su información de salud que conservamos, debe presentar su solicitud por escrito. Vea la página 4 para verificar adónde debe enviar esas solicitudes.

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 revisión no será la persona que negó su solicitud original. Nos apegaremos a los resultados de la evaluación.

- **Derecho a un informe de divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar una lista de las veces en que compartimos su información de salud con otras personas o entidades. Esto se llama informe de divulgaciones. Incluiremos todas las divulgaciones, a excepción de las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tampoco podremos proporcionar la lista de otras divulgaciones determinadas, como las que se realizan a las autoridades de aplicación de la ley o cuando proporcionamos a usted su propia información de salud bajo su pedido. Solo podemos proporcionarle una lista de las divulgaciones realizadas en los últimos seis años respecto de la fecha de su solicitud.
- Derecho a obtener una copia de este aviso de privacidad: Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Esta información también está disponible en nuestro sitio web, en [www.hpsm.org](http://www.hpsm.org)
- **Derecho a modificar su información de salud:** Si considera que la información de salud que tenemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta puede solicitarnos que se modifique. Tiene derecho a solicitar una modificación solo en los registros que conservamos. Por ejemplo, no podemos modificar o hacer un cambio en los registros de su médico.

No estamos obligados a modificar la información de salud que:

- No fue creada por HPSM;
- 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 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. Si no hacemos los cambios pedidos por usted, puede solicitar que revisemos nuestra decisión. También puede proporcionar una declaración en la que afirme por qué está en desacuerdo con nuestros registros, y su declaración se conservará con sus registros. Vea la página 4 para verificar adónde debe enviar esas solicitudes.

- **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. El HPSM está obligado a informarle de tal incidente dentro de un plazo de 60 días 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 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 ante la posibilidad de verse afectado. El aviso también le indicará lo que HPSM está haciendo para investigar la situación, minimizar el perjuicio que se le haya causado a usted y evitar que vuelvan a ocurrir incumplimientos.

### **Cambios a este aviso**

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. Puede encontrar la fecha de entrada en vigor de este aviso en la parte superior de la primera página. 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 [www.hpsm.org](http://www.hpsm.org).

### **Comuníquese con nosotros:**

Si cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una reclamación ante HPSM. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para presentar una queja.

Si usted tiene Medi-Cal o CareAdvantage Cal MediConnect (CareAdvantage CMC), también puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Atención a la Salud en California para presentar una queja.

Health Plan of San Mateo  
Attn: Grievance & Appeals Unit  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080  
**1-888-576-7227 ó 650-616-2850**

Secretary of the U.S. Department of  
Health and Human Services  
Office for Civil Rights  
Attn: Regional Manager  
90 7th St., Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
**1-800-368-1019 ó 1-800-537-7697 (TDD)**

Privacy Officer  
c/o Office of Legal Services  
California Department of Health Care  
Services  
1501 Capitol Avenue  
P.O. Box 997413, MS0010  
Sacramento, CA 95899-7413  
**1-916-455-4646 ó 1-866-866-0602**

No se le sancionará por presentar una reclamación.

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

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

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 usted tiene preguntas sobre este aviso, por favor póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Miembro. Están disponibles para atenderlo de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. llamando al 1-800-750-4776 o 650-616-2133. Si tiene CareAdvantage CMC, por favor comuníquese con el Departamento de CareAdvantage. Están disponibles para atenderlo de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. llamando al **1-866-880-0606 ó 650-616-2174**.

Los miembros con dificultades auditivas o del habla pueden utilizar el Servicio de Trasmisión de Mensajes en California (CRS, por sus siglas en inglés) llamando al **1-800-735-2929 (TTY)** o marcar **7-1-1**.