

# Aviso de prácticas de privacidad

**Health Plan of San Mateo (HPSM) se compromete a proteger su información de salud**, que es cualquier información relacionada con:

- Su salud física o mental pasada o presente.
- Cualquier pago por servicios de salud que pueda identificarse con usted como individuo.

Algunos ejemplos de información de salud incluyen su nombre, fecha de nacimiento, diagnósticos, tratamientos médicos, reclamos médicos, raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual.

**Este aviso resume las prácticas de privacidad de HPSM y sus derechos como miembro de HPSM con respecto a su información de salud.** Aquí se explica:

- Cómo HPSM protege su información de salud de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- Cómo HPSM puede usar y divulgar legalmente su información de salud. (“Usar” se refiere a la forma en que compartimos información dentro de HPSM. “Divulgar” se refiere a compartir información fuera de HPSM).
- Cómo puede acceder a su información de salud.

Este aviso *solamente* cubre las prácticas de privacidad de HPSM. Su proveedor puede tener diferentes políticas con respecto al uso y la divulgación de su información de salud creada en su consultorio.

Si tiene preguntas sobre este aviso, los miembros de HPSM Medi-Cal, HealthWorx (HMO) y ACE llaman a Servicios para Miembros al **1-800-750-4776**. El horario es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los miembros de CareAdvantage llaman al **1-866-880-0606**. El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los miembros con problemas de audición o del habla pueden llamar al Servicio de Retransmisión de California (CRS) al **1-800-735-2929** o al **711**.

## Contenidos

<b>Requisitos legales de HPSM con respecto a la información de salud .....</b>	<b>1</b>
<b>Cómo podemos usar o divulgar su información de salud .....</b>	<b>2</b>
<b>Sus derechos con respecto a su información de salud .....</b>	<b>4</b>
<b>Se le notificará sobre los cambios a este aviso .....</b>	<b>6</b>
<b>Cómo presentar una queja con respecto a sus derechos de privacidad.....</b>	<b>7</b>

## Requisitos legales de HPSM con respecto a la información de salud

Estamos obligados por ley a lo siguiente:

- Asegurarnos de que la información de salud que lo identifica se mantenga privada.
- Entregarle este aviso de prácticas de privacidad.
- Seguir los términos del aviso vigente.

## Cómo podemos usar o divulgar su información de salud

Las leyes estatales y federales permiten que HPSM use y divulgue la información de salud de nuestros miembros. A continuación se muestra una lista de los tipos de información de salud y ejemplos de uso o divulgación. No incluye todos los posibles usos y divulgaciones permitidos. No se pretende limitar los usos y divulgaciones permitidos por la ley. Sin embargo, todas las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud se clasificarán en uno u otro de estos tipos.

- **Pago por servicios de salud.** Revisamos su información de salud antes de aprobar el pago de un tratamiento que su proveedor solicitó para asegurarnos de que sea médicamente necesario.
- **Mejora de las operaciones de HPSM.** Podemos usar la información de salud de los miembros para revisar el desempeño de nuestros proveedores y comparar la calidad de nuestros servicios con la de otros planes de salud. Hacemos esto de manera confidencial sin identificar a los miembros individuales.
- **Administración de la atención.** Compartir su información de salud con sus proveedores nos permite revisar sus tratamientos y medicamentos para asegurarnos de que no entren en conflicto entre sí.
- **Referencias de recursos.** Podemos identificar y recomendar beneficios, servicios o programas de HPSM en función de su información de salud.
- **Proveedores contratados que ayudan en nuestras operaciones.** Los proveedores contratados se comprometen a mantener la confidencialidad y seguridad de la información de salud, y a utilizarla únicamente para ayudarnos. Por ejemplo, contratamos a un “Administrador de beneficios de farmacia” y le proporcionamos la información que necesita para pagar las reclamaciones de farmacia de nuestros miembros.
- **Patrocinadores del programa de seguro médico.** Los empleadores y otras organizaciones tienen contratos con HPSM para que podamos proporcionar servicios de atención médica y pagar las reclamaciones. Se comprometen a mantener la confidencialidad y seguridad de la información de salud, y a utilizarla únicamente para ayudarnos. Si tiene un patrocinador del plan, es posible que se lo notifiquemos cuando se inscriba o se dé de baja de nuestro plan. También podemos divulgar su información de salud para que el patrocinador pueda auditar el desempeño de HPSM.
- **Miembros de la familia o personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.** Podemos divulgar su información de salud a miembros de la familia u otras personas que paguen por su atención médica. Haremos esto si es necesario para permitirles pagar por su atención o tomar decisiones sobre su atención. Solo divulgamos su información de salud si usted está presente y está de acuerdo con ello, excepto cuando:
  - Su condición médica le impida tomar decisiones y creamos que divulgar su información sería lo mejor para usted.
  - Después de su muerte (a menos que nos diga antes que no compartamos su información).

- **Escuelas.** Es posible que se requiera legalmente que una escuela tenga un comprobante de vacunación para un estudiante que se inscribe o está inscrito en la escuela. En esos casos, podemos proporcionar a la escuela el registro de vacunación de ese estudiante.

### Situaciones especiales

Divulgamos información de salud sobre usted en los siguientes casos:

- **Cuando lo exija la ley federal, estatal o local.**
- **Para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de los demás.** Solo divulgaríamos la información a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- **Si usted es miembro de las fuerzas armadas o veterano de guerra,** por exigencia de las autoridades militares o para ayudar a determinar su derecho a beneficios de veterano de guerra.
- **Si está bajo custodia de una institución penitenciaria,** como parte de la coordinación de su atención.
- **A los programas que ofrecen indemnizaciones a los trabajadores** y otros beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Para actividades de salud pública,** como:
  - prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
  - denunciar el abuso o la negligencia infantil;
  - notificar nacimientos o defunciones;
  - informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
  - notificarle sobre retiros de productos que pueda estar usando;
  - notificarle si puede haber estado expuesto a una enfermedad o si puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad;
  - notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo divulgaremos esto si usted está de acuerdo o cuando lo autorice la ley.
- **A las agencias de supervisión de la salud** para las actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a la agencia pública responsable de supervisar las operaciones de HPSM. Estas actividades son necesarias para permitir que el gobierno supervise el sistema de atención médica y los programas gubernamentales de beneficios de salud.
- **Para demandas y litigios** si así lo ordena un tribunal, una citación u otro proceso legal. Solo lo haremos después de haber intentado infructuosamente notificarle la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **A funcionarios encargados de hacer cumplir la ley** en circunstancias limitadas (es decir, si el funcionario lo solicita o para denunciar una conducta delictiva). Por lo general, esto tendría que estar relacionado con una investigación penal, una orden judicial, una orden de arresto o una actividad de seguridad nacional legalmente autorizada.
- **Para ayudar en una misión militar** u otra actividad gubernamental relacionada con la inteligencia, la seguridad nacional o la protección del Presidente.

- **A los médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias** para que puedan desempeñar sus funciones después de que los miembros hayan fallecido.
- **A las organizaciones** de trasplante de órganos o tejidos con el fin de facilitar un trasplante.
- **50 años después de la muerte.** Podemos divulgar la información de salud de los miembros que han fallecido a cualquier agencia después de que el miembro haya fallecido por lo menos hace 50 años.
- **A las organizaciones de socorro en casos de desastre.** Si no desea que divulguemos su información para ayudar en caso de desastre, tiene derecho a evitar que se comparta.

### Limitaciones legales

Cumplimos con las leyes que pueden limitar o impedir las divulgaciones enumeradas anteriormente. Por ejemplo:

- existen límites especiales para divulgar información de salud sobre el estado del VIH/sida, el tratamiento de la salud mental, las discapacidades del desarrollo y el tratamiento del abuso de drogas y alcohol;
- la información sobre raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual no se puede utilizar en la suscripción, el establecimiento de tarifas, la denegación de servicios, la cobertura y las determinaciones de beneficios;
- no podemos vender su información.

### Autorización

Aparte de las situaciones descritas anteriormente, no permitimos el uso y la divulgación de su información de salud sin su permiso o autorización por escrito. Por ejemplo, podemos usar y compartir su información de salud con fines de investigación solo si tenemos su autorización. Su decisión de otorgarnos una autorización no afectará su tratamiento médico, los beneficios del plan de salud, el pago del tratamiento o la elegibilidad para la inscripción. Tiene derecho a revocar su autorización incluso después de haber firmado una autorización de uso o divulgación de su información de salud. En ese caso, ya no usaríamos ni divulgaríamos su información de salud para ese propósito. Sin embargo, no podemos revertir ninguna divulgación que hayamos hecho durante el tiempo que tuvimos su permiso.

## Sus derechos con respecto a su información de salud

Usted tiene derecho a:

- **Obtener una copia impresa de este aviso de privacidad.** También puede obtener este aviso en nuestro sitio web en [www.hpsm.org/privacy-policy.aspx](http://www.hpsm.org/privacy-policy.aspx).
- **Asignar a alguien para que lo represente.** Puede otorgar a alguien un poder notarial médico, que le permite a esa persona actuar en su nombre y tomar decisiones sobre su información de salud. Este derecho también se aplica si tiene un tutor legal. Nos aseguraremos de que cualquier persona que afirme representarlo tenga esta autoridad antes de tomar cualquier medida.
- **Solicitar restricciones o límites en el uso o divulgación de su información de salud.** En su solicitud, debe indicarnos:
  - qué información de salud desea limitar;

- ya sea que desee limitar nuestro uso de la información, la divulgación de información o ambos;
- a quién quieres que se apliquen los límites.
- **Controlar la información sobre los servicios confidenciales que recibe.** Los servicios confidenciales incluyen asesoramiento de salud mental, servicios de salud reproductiva, servicios de enfermedades de transmisión sexual, servicios de agresión sexual y tratamiento para la drogadicción. Aquellos que tienen la edad y la capacidad para dar su consentimiento a estos servicios no están obligados a obtener la autorización de nadie para obtenerlos o presentar un reclamo en su nombre.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos (incluidos los servicios confidenciales) de forma privada y con un manejo especial. En ese caso, no daremos la información especificada a nadie sin su permiso por escrito.
  - Puede pedirnos que enviemos comunicaciones sobre asuntos médicos o servicios confidenciales a otra dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono que elija. Si no proporciona otro método de contacto, le enviaremos comunicaciones a la dirección o número de teléfono que tenemos registrado.
  - Cumpliremos con sus solicitudes para recibir comunicaciones confidenciales en la forma y el formato que solicitó. O nos aseguraremos de que sus comunicaciones sean fáciles de poner en la forma y el formato que solicitó.
  - Su solicitud de comunicaciones confidenciales dura hasta que la cancele o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.
  - No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Aunque haremos todo lo posible por atender las solicitudes razonables, *no estamos obligados a acceder a ellas*. Si estamos de acuerdo, cumpliremos a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar comunicaciones confidenciales o un manejo especial en la forma en que se comunican con usted, debe enviar una solicitud por escrito al oficial de privacidad de HPSM.

- **Un recuento de las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hicimos de su información de salud para su tratamiento, el pago de su atención y nuestras operaciones. También incluye la mayoría de las otras divulgaciones que se nos exige o se nos permite hacer sin su autorización (como las agencias gubernamentales que revisan nuestros programas). Para solicitar un informe de las divulgaciones, envíe una solicitud por escrito al oficial de privacidad de HPSM. Su solicitud debe ser por un período no mayor de tres años antes de la fecha de su solicitud y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.
- **Acceso a 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 registros de salud y reclamaciones. Para obtener una copia de su expediente médico, comuníquese con su proveedor. Para obtener una copia de la información de salud que conservamos, envíe una solicitud por escrito al oficial de privacidad de HPSM. Podemos cobrar una tarifa razonable

**Envíe las solicitudes por escrito al oficial de privacidad de HPSM a la siguiente dirección postal:**

Health Plan of San Mateo  
Attn: Privacy Officer  
801 Gateway Boulevard, Suite 100  
South San Francisco, California 94080

basada en el costo. Posteriormente, le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Si rechazamos su solicitud, le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días posteriores a su solicitud. Posteriormente, podrá solicitar que una persona distinta de la que denegó su solicitud revise la denegación. Nos atenderemos al resultado de la revisión.

- **Recibir notificación de una vulneración.** Una vulneración se produce cuando la información de salud protegida se obtiene, utiliza o revela de un modo que infringe la legislación pertinente en materia de privacidad. Para que se considere infracción, la información de salud no debe estar protegida (lo que significa que otros podrían acceder a ella). En el plazo de dos meses desde que se tuvo conocimiento de la vulneración de su información de salud, estamos obligados a enviarle una notificación en la que se le explique:
  - qué pasó;
  - los tipos de información involucrados en la vulneración;
  - las medidas que debe seguir para proteger su información;
  - lo que HPSM está haciendo para investigar la situación, minimizar el daño que esto le pueda causar y prevenir futuras vulneraciones.
- **Rectificar los registros médicos y de reclamaciones incorrectos o incompletos.** Tiene derecho a solicitar una modificación durante el tiempo que conservemos la información. Luego se agregará un comentario por escrito a su información de salud en HPSM. Para solicitar una modificación, envíe una solicitud por escrito al responsable de privacidad de HPSM.

Si denegamos su solicitud de modificar sus datos de salud, se lo notificaremos por escrito con una explicación del motivo de la denegación. No estamos obligados a modificar la información de salud que:

- HPSM no creó (a menos que la persona que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación);
- no forma parte de la información que conservamos;
- no es parte de la información de la que se le permitiría obtener una copia;
- es correcta y completa.

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, visite el sitio web del Departamento de Servicios de Salud de California en [www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx).

## Se le notificará sobre los cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y luego hacerlo efectivo para toda la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Encontrará la fecha de entrada en vigor de este aviso al final de cada página. Le notificaremos sobre los cambios a este aviso por correo dentro de los 60 días posteriores a los cambios. También publicaremos una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web:

[www.hpsm.org/privacy-policy.aspx](http://www.hpsm.org/privacy-policy.aspx).

## Cómo presentar una queja con respecto a sus derechos de privacidad

Si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante HPSM. No se le impondrán sanciones por presentar una queja. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para presentar una queja.

<p><b>Health Plan of San Mateo</b> Attn: Grievance and Appeals Unit 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080 <b>1-888-576-7557 o 650-616-2850</b></p>	<p><b>Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services</b> Office of Civil Rights Attn: Regional Manager 90 7<sup>th</sup> St., Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 <b>1-800-368-1019 o</b> <b>(TTY) 1-800-537-7697</b></p>	<p><b>California Department of Health Care Services</b> Attn: Privacy Officer c/o Office of Legal Services 1501 Capitol Avenue P.O. Box 997413, MS0010 Sacramento, CA 95899-7413 <b>1-916-445-4646 o 1-866-866-0602</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------