Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha Efectiva: 20 de diciembre de 2023

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

En este aviso, usamos "la Alianza", "nosotros" y "nuestro" para describir a Central California Alliance for Health.

¿Por qué estoy recibiendo este aviso? Este aviso le informa sobre las maneras en las que nosotros podemos recopilar, usar o revelar (compartir) su información de salud protegida. Entendemos que la información de su salud es personal y estamos comprometidos a proteger su privacidad. Este aviso solamente describe las prácticas de privacidad de la Alianza. Su doctor puede tener diferentes políticas o avisos sobre el uso y revelación de su información de salud, los cuales se crean en la oficina del doctor.

Sus derechos

Cuando se trata de la información sobre su salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y algunas de las responsabilidades que tenemos para ayudarle.

Pídanos una copia de los archivos sobre su salud y sus reclamaciones	• Puede pedir que le permitamos ver o que le demos una copia de los archivos sobre su salud y sus reclamaciones, u otra información que tengamos sobre su salud. Pregúntenos cómo hacerlo. • Normalmente le daremos una copia o un resumen de los archivos sobre su salud y sus reclamaciones en un plazo de 30 días a partir de que haga la solicitud. Es posible que tenga que pagar una tarifa razonable basada en los costos. • Es posible que respondamos "no" si solicita algunos tipos de archivos, como notas de terapia psicológica o información para usarse en procesos civiles, penales o administrativos. Si no aprobamos su solicitud, le diremos la razón por escrito. • Es posible que tenga derecho a que un profesional autorizado del cuidado de salud revise la negativa. Le diremos si cuenta con este derecho.

Pídanos que se corrijan los archivos sobre su salud y sus reclamaciones	• Puede pedirnos que se corrijan los archivos sobre su salud y sus reclamaciones si piensa que tienen errores o que están incompletos. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Pregúntenos cómo hacerlo. • Es posible que respondamos "no" a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito en un plazo de 60 días. • Si no aprobamos su solicitud, usted tiene derecho a enviarnos una declaración para incluirla en el archivo.
Solicite que las comunicaciones sean confidenciales	• Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de alguna manera específica (por ejemplo, llamando al número de su casa o de su oficina) o que le mandemos el correo a un domicilio diferente. Pregúntenos cómo hacerlo. • Tomaremos en cuenta todas las solicitudes razonables y tenemos la obligación de decir "sí", si nos dice que usted correría peligro si no lo hacemos.
Pídanos que se limite lo que usamos o compartimos	• Puede pedirnos que **no** se use o comparta cierta información sobre su salud con fines de tratamiento, de pago o de nuestras operaciones. • No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos responderle "no" si dicha solicitud puede afectar su cuidado. • Tenemos la obligación de aceptar su solicitud si nos pide que no se comparta información con un plan de salud si usted o alguien más, que no sea el plan de salud, pagaron el cuidado en su totalidad y cuando las leyes no exijan dicha revelación.
Obtenga una lista de las entidades con quienes hemos compartido información	• Puede pedirnos una lista (informe) de las veces en que compartimos su información de salud durante los seis años previos a la fecha en que lo solicite, además de con quién la compartimos y por qué. • Incluiremos todas las revelaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones del cuidado de salud, y algunas otras revelaciones (como las que usted nos haya pedido hacer o aquellas que exija la ley). Le daremos un informe al año gratis, pero es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro antes de que pasen 12 meses.
Obtenga una copia de este aviso de privacidad	• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si estuvo de acuerdo en recibir el aviso de manera electrónica. Le daremos una copia impresa de manera oportuna.

	• También puede encontrar este aviso en nuestro sitio web en https://thealliance.health/es/.
Nombre a alguien para que lo represente	• Si le dio a alguien un poder notarial médico o si tiene un tutor legal, o si nos ha dado una autorización por escrito para actuar como su representante personal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. • Antes de hacer cualquier cosa, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y que pueda representarlo.
Presente una queja si cree que violamos sus derechos	• Puede comunicarse con nosotros usando la información de la sección "Nuestras responsabilidades" en la página 5 de este aviso a fin de presentar una queja si cree que se han violado sus derechos. • También puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Cuidado de Salud (Department of Health Care Services; DHCS, por sus siglas en Ingles) y la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Sus decisiones

En el caso de cierta información sobre la salud, puede indicarnos sus decisiones sobre lo que compartamos.

Avísenos si tiene alguna preferencia clara sobre la manera en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación. Díganos qué quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En los casos en los que usted *pueda* decirnos sus decisiones sobre lo que compartimos, tiene el derecho de decirnos que:	• Compartamos información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su cuidado. • Compartamos información en una situación de asistencia en caso de desastre. • Comuniquemos con usted en relación con actividades de recaudación de fondos. Si no tiene la capacidad para decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, es posible que compartamos su información si consideramos que eso le beneficiará. También es posible que compartamos su información cuando sea necesario

	para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
Nunca compartimos su información en los siguientes casos, a menos que usted nos dé autorización por escrito:	• Fines de mercadotecnia. • Venta de su información. • Notas de terapia psicológica. • Archivos sobre tratamientos contra el abuso de sustancias.

Otros usos o revelaciones

Cómo usamos o revelamos normalmente la información sobre su salud.

Normalmente usamos o revelamos la información sobre su salud de las siguientes maneras.

Para ayudar a administrar el tratamiento que usted recibe para el cuidado de salud	• Podemos usar la información sobre su salud y compartirla con los profesionales que lo estén atendiendo.	***Ejemplo:*** Un doctor nos manda información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para poder asegurarnos de que los servicios son médicamente necesarios y que se trate de beneficios que están cubiertos.
Para administrar nuestra organización	• Podemos usar y revelar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted en caso necesario. • También podemos usar y revelar su información a contratistas (socios comerciales) que nos apoyen con ciertas funciones. Ellos deben firmar un contrato en el que se comprometan a mantener la confidencialidad de	***Ejemplo:*** Usamos la información sobre su salud para desarrollar mejores servicios para usted. ***Ejemplo:*** Compartimos su nombre y dirección con un contratista para que imprima y envíe por correo las tarjetas de identificación de nuestros miembros.

	su información antes de que la compartamos con ellos. • **No tenemos permitido usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni para decidir el precio de dicha cobertura.**	
Para pagar sus servicios de salud	• Podemos usar y revelar la información sobre su salud cuando pagamos sus servicios de salud.	**Ejemplo:** Compartimos información sobre usted con cualquier otro plan de seguro de salud que usted tenga para coordinar el pago del cuidado de salud que usted recibe.
Para administrar su plan	• Podemos revelar la información sobre su salud al patrocinador de su plan de salud con fines de administración del plan.	**Ejemplo:** Su empresa nos contrata para brindarle un plan de salud y nosotros le damos a su empresa algunas estadísticas para explicar las primas que cobramos. **Ejemplo**: Su condado nos contrata para brindarle un plan de salud para los miembros de Servicios de Ayuda a Domicilio (In-Home Support Services; IHSS, por sus siglas en inglés) y nosotros le damos a su condado algunas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otras formas usamos o compartimos la información sobre su salud?
Tenemos permitido o estamos obligados a compartir información de otras formas que normalmente contribuyen al bien público, como en el caso de la salud pública y la investigación. Antes de compartir su información con estos fines, tenemos que

cumplir con muchas condiciones legales. Consulte más información en: https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html

Para ayudar a resolver los problemas de salud y seguridad públicas	• Podemos compartir información sobre su salud en ciertas situaciones, como las siguientes: ○ prevención de enfermedades ○ ayuda con el retiro de productos del mercado ○ reportes de reacciones adversas a medicamentos ○ reportes de sospecha de maltrato, descuido o violencia doméstica ○ prevención o disminución de una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona
Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange; HIE, por sus siglas en inglés)	• Participamos en el intercambio de información de salud, o HIE, lo que permite que los proveedores coordinen el cuidado y brinden acceso más rápido a nuestros miembros. HIE pueden ayudar también a los proveedores y departamentos de salud pública a: ○ tomar decisiones más informadas; ○ evitar duplicaciones en el cuidado (como pruebas); y ○ reducir la probabilidad de cometer errores médicos. • Si no desea que compartamos su información de salud de este modo, puede informarnos completando el formulario de Información Personal de Salud (Personal Health Information; PHI, por sus siglas en inglés) para optar por dejar de ser miembro del HIE.
Para realizar investigaciones	• Podemos usar o compartir su información con fines de investigación sobre la salud.
Para cumplir con la ley	• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales nos lo exigen. Esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos en caso de que desee verificar que estamos cumpliendo con la ley federal sobre privacidad.

Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y colaborar con un médico forense o con el director de una agencia funeraria	• Podemos compartir información sobre usted con organizaciones encargadas de obtener órganos. • Cuando alguien muere, podemos compartir información médica con un perito forense, un médico forense o con el director de una agencia funeraria.
Para atender solicitudes sobre indemnizaciones laborales, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales	• Podemos usar o compartir información sobre su salud: • para las reclamaciones de indemnizaciones laborales. • para fines de la aplicación de la ley o con un funcionario del orden público. • con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por la ley. • para funciones gubernamentales oficiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
Para responder a demandas y medidas legales	• Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Limitaciones

En algunas circunstancias puede haber otras restricciones que limiten la información que podemos usar o compartir. Existen restricciones especiales para compartir información relacionada con el estado de salud respecto al VIH/SIDA, tratamientos de salud mental, discapacidades de desarrollo y tratamientos para el abuso de drogas y alcohol. Nosotros cumplimos estas restricciones al usar la información sobre su salud.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Estamos obligados a darle este aviso a fin de describir cómo la ley nos exige proteger su información de salud protegida y cómo lo haremos. Actualizaremos este aviso si se hace un cambio con respecto a la información que podemos o debemos compartir.
- Le informaremos inmediatamente si ocurre alguna violación que pudiera haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Tenemos el deber de cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso, y de darle una copia.

- No usaremos ni compartiremos su información de manera diferente a la que se describe en este documento, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Cómo puede ejercer estos derechos

Puede ejercer cualquiera de sus derechos llamando o mandando una solicitud por escrito a nuestro funcionario de privacidad a la dirección que aparece más adelante o comunicándose con Servicios a los Miembros. También puede solicitar una copia de sus archivos completando un formulario de Solicitud de Acceso a Archivos, que está disponible en nuestro sitio web en https://thealliance.health/es/

Cómo presentar una queja

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro funcionario de privacidad. No tomaremos represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja. La presentación de una queja no afectará la calidad de los servicios de cuidado de salud que reciba como miembro de la Alianza.

Contáctenos:

Central California Alliance for Health, Privacy Officer
1600 Green Hills Road, Suite 101
Scotts Valley, CA 95066
1 (800) 700-3874 (línea gratuita)
1 (800) 855-3000 (línea TTY, para personas con problemas auditivos)

Si usted es miembro de Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Cuidado de Salud de California (Department of Health Care Services; DHCS, por sus siglas en Ingles):

Privacy Officer
c/o Office of HIPAA Compliance
Department of Health Care Services
1501 Capitol Avenue
MS0010
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 916-445-4646
Correo electrónico: DHCSPrivacyOfficer@dhcs.ca.gov
Fax: (916) 327-4556

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F HHH Bldg.
Washington, DC 20211
Teléfono: 1 (877) 696-6775

Correo electrónico: OCRCompliant@hhs.gov
https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html

Para obtener más información, consulte:
https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html

Cambios a los términos de este aviso
Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Usted puede obtener el nuevo aviso si lo solicita en nuestro sitio web y le mandaremos una copia por correo.