

## SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo usted puede acceder a esta información. **Revísela con cuidado.**

### SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### Recibir una copia de su historial médico y de reclamos.

- Usted puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días después de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

#### Solicitar que corrijamos el historial médico y de reclamos.

- Usted puede solicitar que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dicha información es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decirle “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales.

- Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decirle “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

#### Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos.

- Usted puede solicitar que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decirle “no” si esto afectara su atención médica.

#### Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.

- Usted puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones permitidas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los siguientes 12 meses.

#### Obtener una copia de esta notificación de privacidad.

- Usted puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si aceptó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

#### Elegir a alguien para que actúe en su nombre.

- Si usted le ha otorgado a alguien autoridad legal para representarlo en temas médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

***(“SUS DERECHOS” continúa en la próxima página.)***

## SUS DERECHOS continuado

### **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos.**

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información anterior.
- Usted puede presentar una queja ante la oficina de derechos civiles del departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos enviando una carta a: 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

---

## SUS OPCIONES

Para cierta información médica, usted puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si usted tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de una catástrofe.
- Contactarlo para los esfuerzos de recaudación de fondos.
- No compartir su información.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

*Usted puede elegir no compartir su información. Si usted no comparte su información, su proceso de aplicación puede ser afectado. También esto puede afectar su acceso a nuestros sitios en Internet.*

### **En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

### **Su Información de Identificación Personal (PII)**

PII se refiere a la información que se puede usar para identificarlo, ya sea sola o combinada con otra información.

- Al utilizar nuestros sitios en Internet, nos da permiso para recopilar su PII.
- Cuando busca o solicita un seguro de salud, proveer su PII es voluntario.

---

## PROTECCIONES INTERNAS DE LA INFORMACIÓN ORAL, ESCRITA Y ELECTRÓNICA DE LA SALUD

Contamos con protecciones para la información oral, escrita y electrónica en toda la organización.

**Estas son algunas de las formas en que protegemos su información de la salud:**

- Capacitamos a nuestro personal para seguir nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su información de salud sólo por motivos comerciales con personas que necesitan saberla.
- Mantenemos segura su información de salud cuando la enviamos o la almacenamos electrónicamente.
- Usamos tecnología para evitar que las personas equivocadas accedan a su información de salud.

---

## NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos su información médica? Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

### Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.*

### Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

*Ejemplo: Usamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.*

### Pagar por sus servicios médicos

- Podemos usar y compartir su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

*Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.*

### Administrar su plan

- Podemos compartir su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

*Ejemplo: Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

### ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

**<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>**.

## NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES continuado

### Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, como:
  - Prevención de enfermedades.
  - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
  - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
  - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

### Realizar investigaciones médicas

- Podemos usar o compartir su información para investigación de salud.

### Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de privacidad federal.

### Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

### Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión de salud para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

### Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

---

## NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de esta.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>.

### Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio en Internet, y le enviaremos una copia por correo.

*Efectivo: 1 de enero del 2024*

### Preguntas sobre este aviso

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud protegida (PHI), o sobre cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se encuentra a continuación.

### Community First Health Plans

**Attn: Privacy Official**

**12238 Silicon Drive, Suite 100**

**San Antonio, TX 78249**

**Teléfono: 1-800-434-2347**

**TTY: 711**

**Correo electrónico: [privacy@cfhp.com](mailto:privacy@cfhp.com)**