

# Aviso de prácticas de privacidad

## Su información. Sus derechos.

## Nuestras responsabilidades.



El contenido detallado aquí ha sido adaptado del aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder a esta información. **Revíselo con atención.**

### Sus derechos

Tiene derecho a:

- Recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones.
- Corregir su registro de salud y registro de reclamaciones.
- Pedir que las comunicaciones sean confidenciales.
- Pedir que limitemos la información que divulgamos.
- Recibir una lista de aquellas personas con las que hayamos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para actuar en representación suya.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

### Sus opciones

Puede elegir cómo usamos y divulgamos su información cuando:

- Respondemos consultas de cobertura de su familia o amigos.
- Brindamos asistencia en caso de desastres.

### Uso y divulgación

Podemos usar y compartir (*divulgar*) su información al:

- Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe.

- Trabajar en nuestra organización.
- Pagar por sus servicios de salud.
- Administrar su plan de salud.
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública.
- Investigar.
- Cumplir con la ley.
- Responder a una solicitud de donación de órganos o tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria.
- Pagar la compensación de los trabajadores, cumplir con la ley u otros pedidos gubernamentales.
- Responder a demandas y acciones legales.

### Sus derechos

**Tiene ciertos derechos respecto a su información de salud.** En esta sección de nuestra página web se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarle.

Para ejercer sus derechos, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.

### Recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones.

- Puede pedir ver o recibir una copia de sus registros de salud y registros de reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y registros de reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrarle un importe razonable basado en el costo.

### **Pídanos que corrijamos su registro de salud y sus registros de reclamaciones**

- Puede pedirnos que corrijamos su registro de salud y sus registros de reclamaciones si piensa que tienen errores o están incompletos. Para preguntarnos cómo hacerlo, llame a los Servicios para Afiliados al número registrado en su tarjeta de identificación.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le diremos la razón, por escrito, en un plazo de 60 días.

### **Pídanos que las comunicaciones sean confidenciales**

- Puede pedir que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o su oficina) o enviar el correo a una dirección diferente.
- Tomaremos en consideración todas las solicitudes razonables, y aceptaremos si nos dice que al no hacerlo estará en peligro.

### **Pídanos que limitemos qué información usamos o divulgamos**

- Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si afecta su atención médica.

### **Reciba una lista de aquellas personas con las que hemos compartido información**

- Puede pedir una lista (llamada una *solicitud de contabilidad*) de las veces que hemos compartido su información de salud, con quién la hemos compartido y por qué lo hicimos, hasta seis años antes de la fecha en que la solicite.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, entre otras divulgaciones determinadas (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Le daremos una solicitud de contabilidad por año gratis, pero cobraremos un importe razonable basado en costos si pide otro dentro de los mismos 12 meses.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad.**

Puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si accedió a recibir el aviso electrónicamente. Le daremos una copia en papel de inmediato.

### **Elija a alguien para actuar en representación suya**

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para cuestiones médicas o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer elecciones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomemos cualquier medida.

### **Presente una queja si siente que se están vulnerando sus derechos**

- Puede presentar una queja si siente que hemos vulnerado sus derechos, al contactarnos en la Oficina de Privacidad de Blue Cross Blue Shield of Arizona, 2444 W. Las Palmaritas Dr., Phoenix, AZ 85021; o al llamarnos al **1-800-232-2345, ext. 2255 or 602-864-2255, TTY: 711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; al llamar al **1-877-696-6775**; o al visitar [hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html](https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html).
- No tomaremos represalias si presenta una queja.

### **Sus opciones**

Tiene derecho a elegir personas específicas, familia, amigos cercanos u otros, con los que compartiremos determinada información de salud, en situaciones específicas. Estas son:

1. Personas que estén involucradas en ayudarle a recibir atención médica y pagar servicios, como:
  - a. Un amigo que a veces busca recetas para usted.
  - b. Un familiar cercano que maneja sus facturas médicas.
  - c. Un hijo o una hija que va con usted a las consultas médicas.

2. Las personas que quiere que contactemos en caso de una emergencia médica.

En una situación de desastre, puede que le convenga que compartamos su información protegida de salud con entidades públicas o privadas que tengan permitido acceder a esta información legalmente para asistir en iniciativas de socorro en caso de desastre. Sin embargo, **la elección es suya**. Puede comunicarnos si nos da su permiso o no para compartir esta información con organizaciones de socorro en caso de desastres.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en alguna de estas situaciones detalladas anteriormente, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

*Si no es capaz de expresar su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos proceder a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir un amenaza grave e inminente para su salud o su seguridad.*

En los siguientes casos, *nunca* divulgamos su información, a no ser que nos autorice por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

## Uso y divulgación

### ¿Cómo solemos usar y divulgar su información de salud?

Solemos usar y divulgar su información de salud para:

#### **Ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe.**

Podemos usarla y divulgarla con los profesionales que lo tratan.

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

#### **Trabajar en nuestra organización.**

- Podemos usar y divulgar su información para trabajar en nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

- No nos está permitido usar información genérica para decidir si le daremos cobertura ni para decidir el costo de la cobertura. Esto no aplica a planes de atención médica de larga duración.

*Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.*

#### **Pagar por sus servicios de salud.**

Podemos utilizar y divulgar su información de salud al pagar por sus servicios de salud.

*Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar pagos para sus procedimientos dentales.*

#### **Administrar su plan de salud.**

Podemos divulgar su información de salud al promotor de su plan de salud para la administración del plan.

*Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para proveer un plan de salud y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para justificar las primas que cobramos.*

### ¿De qué otra manera podemos usar y divulgar su información de salud?

Estamos autorizados u obligados a compartirla de otras maneras, en general en maneras que contribuyen al bien común, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de acuerdo a la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información sobre esto, visite [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### **Ayudar con problemas de salud y seguridad pública.**

Podemos divulgar su información de salud para ciertos fines determinados de salud pública, como, por ejemplo:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con el retiro de productos.
- Reportar reacciones adversas (como efectos secundarios negativos o reacciones alérgicas) a medicamentos.
- Informar de sospechas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar.
- Prevenir o disminuir un riesgo grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

## Investigar.

Podemos utilizar y divulgar su información para investigaciones clínicas.

## Cumplir con la ley.

Compartiremos información acerca de usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

## Responder a una solicitud de donación de órganos o tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria.

- Podemos divulgar su información médica con organizaciones que trabajan con donación y trasplante de órganos, ojos o tejido.
- Cuando una persona muere, podemos compartir su información de salud con un funcionario forense, médico forense o el director de una funeraria.

## Pagar la compensación de los trabajadores, cumplir con la ley u otros pedidos gubernamentales.

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamaciones de compensación de los trabajadores.
- Para cumplir con la ley o con un oficial de las fuerzas policiales.
- Con agencias que supervisan la salud para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales especiales como el ejército, la seguridad nacional o servicios de protección presidencial.

## Responder a demandas y acciones legales.

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.

## Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés).
- Le informaremos de inmediato si hay una violación que comprometa su privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad detalladas en este aviso.
- Si pide una copia impresa de este aviso, debemos darle una.
- No usaremos ni compartiremos su información para nada que no esté descrito aquí a no ser que nos indique por escrito que podemos compartirla. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambió de opinión.

Para obtener más información sobre esto, visite [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## Cambios a las condiciones de este aviso

Efectivo el 14 de abril de 2013

Podemos cambiar las condiciones de este aviso en cualquier momento y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Si lo hacemos, publicaremos un aviso revisado en nuestra página web, [healthchoicepathway.com](http://healthchoicepathway.com). En nuestro correo anual posterior a los cambios hechos, incluiremos una copia del aviso revisado o una explicación de los cambios, así como también indicaciones sobre cómo obtener una copia del aviso revisado.

Si tiene alguna inquietud o pregunta sobre la HIPAA, comuníquese con nosotros al **602-864-2255** o al **1-800-232-2345**, ext. **2255**. También puede enviarnos un correo electrónico a [privacy@azblue.com](mailto:privacy@azblue.com) o enviarnos por fax los documentos de la HIPAA al **602-544-5661**.

---

Si usted o alguien a quién está ayudando tiene dudas sobre Health Choice Pathway (HMO D-SNP), tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma de manera gratuita.

Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® de Arizona.