



Aviso de Prácticas de Privacidad

Con vigencia a partir del: 1 de enero de 2016

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

En este aviso utilizamos los términos “nosotros”, “nos” y “nuestro” para referirnos a Santa Clara Family Health Plan.

Las leyes estatales y federales exigen a Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) que proteja su información de salud. También requerimos que todos los proveedores y vendedores contratados protejan su información de salud. Debemos proporcionarle este aviso que le indica cómo podemos usar y compartir su información. También le informa cuáles son sus derechos.

Su información es personal y privada

Obtenemos información sobre usted de las agencias federales, estatales y locales cuando cumple con los requisitos para inscribirse en nuestro plan de salud. También obtenemos información de salud de sus proveedores de cuidados de la salud, clínicas, laboratorios y hospitales para poder aprobar y pagar su atención médica.

¿Qué es la “información de salud protegida”?

Su información médica protegida (PHI) es la información de salud que contiene identificadores, como su nombre, número de Seguro Social y otra información que revela quién es usted. Por ejemplo, su registro médico es PHI ya que incluye su nombre y otros identificadores.

Nuestro personal sigue políticas y procedimientos que protegen su información de salud, que nos ha sido proporcionada de forma oral, escrita o electrónica. Nuestro personal recibe capacitación que cubre maneras internas en que se puede usar la PHI oral, escrita y electrónica de los miembros o la manera en que se puede divulgar en la organización. Todo nuestro personal que pueda tener acceso a su información de salud ha sido capacitado sobre las leyes de privacidad y seguridad de la información. El personal tiene acceso solo a la cantidad de información que necesitan para realizar su trabajo.

Nuestros empleados también siguen prácticas, políticas y procedimientos internos para proteger cualquier conversación sobre su información de salud. Por ejemplo, los empleados no tienen permitido hablar sobre su información en el elevador o en los

pasillos. Los empleados también deben proteger cualquier documento escrito o electrónico que contenga su información de salud en toda la organización.

Nuestros sistemas de computadora protegen su PHI electrónica en todo momento por medio de varios niveles de protección por contraseña y tecnología de software. Las máquinas de fax, impresoras, fotocopadoras, pantallas de las computadoras, estaciones de trabajo, discos de medios portátiles que contienen su información se protegen cuidadosamente de otras personas que no deben tener acceso a la información. Los empleados deben asegurarse de que la PHI del miembro sea recogida de las máquinas de fax, impresoras y fotocopadoras y que solo las personas que tienen acceso la reciban. Los dispositivos de medios portátiles que contienen PHI están codificados y deben tener protecciones de contraseñas aplicadas. La pantalla de la computadora debe estar bloqueada cuando los empleados están lejos de sus escritorios y oficinas. Las gavetas de las estaciones de trabajo y gabinetes que contienen PHI tienen candados seguros colocados en las mismas.

Cambios al Aviso de Prácticas de Privacidad

Debemos obedecer el aviso que estamos usando ahora. Tenemos derecho de cambiar estas prácticas de privacidad. Cualquier cambio en nuestras prácticas se aplicará a toda su información de salud. Si hacemos cambios requeridos por la ley, le daremos aviso.

Cómo podemos usar y compartir su información

Podemos usar y compartir su información únicamente para las operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud. Parte de la información que usamos y compartimos incluye:

- su nombre;
- dirección;
- detalles personales;
- atención médica que se le proporcionó,
- el costo de su atención médica, y
- su historia médica.

Algunas acciones que tomamos cuando actuamos como su plan de salud incluyen:

- verificar si tiene cobertura,
- aprobar, proporcionar y pagar los servicios,
- investigar o procesar casos (tales como fraude),
- comprobar la calidad de la atención que recibe, y

- asegurarnos de que reciba toda la atención que necesita.

Algunos ejemplos de por qué debemos compartir su información con otras personas involucradas en su cuidado de la salud son:

- **Para tratamiento:** es posible que necesite tratamiento médico que se debe aprobar con anticipación. Compartiremos información con proveedores de cuidados de la salud, hospitales y otros para asegurarnos de que reciba la atención que necesita.
- **Para pago:** usaremos su PHI para pagar los reclamos de cuidado de la salud que nos envíen para su atención médica. Cuando hacemos esto, compartimos información con los proveedores de cuidados de la salud, clínicas y otros que nos envían facturas por su atención. Además, es posible que enviemos las facturas a otras organizaciones o planes de salud para el pago.
- **Para las operaciones de cuidado de la salud:** podemos usar la información de su expediente médico para verificar la calidad del cuidado de la salud que usted recibe. Podemos usar esta información en auditorías, programas para evitar el fraude y el abuso, planificación y administración general.
- **Para los asociados comerciales:** podemos usar o divulgar su PHI a una compañía externa que nos ayude para operar nuestro sistema de salud.

Otros usos de su información de salud

La siguiente es una descripción de otras maneras posibles en las que podríamos (y tenemos permitido) usar o divulgar su información de salud protegida:

- Podríamos proporcionar la información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditación o acciones disciplinarias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- Es posible que usted, su médico, el hospital u otros proveedores de cuidados de la salud no estén de acuerdo si decidimos no pagar su atención. Podemos usar su información de salud para revisar estas decisiones.
- Podemos compartir su información de salud con grupos que verifican cómo proporciona los servicios nuestro plan de salud.
- Podemos compartir información con las personas involucradas en el cuidado de la salud o con su representante personal.
- Debemos compartir su información de salud con el gobierno federal cuando esté verificando cómo cumplimos las reglas de privacidad.

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones que obtengan, cuenten con un banco o reciban donaciones para el trasplante de órganos o tejidos.
- Podemos compartir su información de salud acerca de una enfermedad o lesión con indemnización laboral después de una solicitud escrita de su empleador, aseguradora de indemnización laboral o sus representantes.
- Podemos usar y compartir su información de salud para determinados tipos de investigación.
- Podemos divulgar su información para actividades de salud pública. Estas actividades pueden incluir, pero no se limitan a las siguientes:
 - » evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - » reportar nacimientos y muertes;
 - » reportar abuso infantil o negligencia;
 - » reportar problemas con medicamentos y otros productos médicos;
 - » notificar al público sobre productos retirados del mercado que puedan estar utilizando, y
 - » avisar a una persona que podría haber estado expuesta a una enfermedad o estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o estado médico.

Cuándo se necesita un permiso por escrito

Si deseamos utilizar su información para cualquier propósito que no se menciona anteriormente, debemos obtener su permiso por escrito. Si nos da su permiso, puede retirarlo por escrito en cualquier momento.

¿Qué son sus derechos de privacidad?

Tiene derecho de pedirnos que no usemos ni compartamos su información de cuidado de la salud protegida. Le enviaremos un formulario para que lo llene y nos indique lo que desea. O bien, podemos llenar el formulario por usted. Es posible que no podamos aceptar su solicitud.

Tiene derecho de pedirnos que nos comuniquemos con usted solamente por escrito o a una dirección diferente, a un apartado postal o por teléfono. Aceptaremos solicitudes razonables para proteger su seguridad cuando sea necesario.

Usted o su representante personal tienen derecho de obtener una copia de su información de salud. Le enviaremos un formulario para que lo llene y nos indique de qué información desea una copia. Es posible que tenga que pagar los costos de las copias y el envío por correo de los registros. (Es posible que no le permitamos ver algunas partes de sus registros por razones permitidas por la ley).

Tiene derecho de solicitar que se cambie la información de su registro si no está completa o no es correcta. Le enviaremos un formulario para que lo llene y nos indique qué cambios desea. Podremos rechazar su solicitud si:

- la información no fue creada o guardada por SCFHP;
- la información no forma parte de un conjunto estándar de información archivada por SCFHP;
- la información ha sido recopilada para un caso judicial u otras acciones legales, o
- consideramos que es correcta y completa.

Le informaremos si aceptamos hacer los cambios que desea. Si no aceptamos realizar los cambios que desea, le enviaremos una carta indicándole la razón. Puede pedirnos que revisemos nuestra decisión si no está de acuerdo con la misma. También podrá enviar una declaración indicando por qué no está de acuerdo con nuestros registros. Conservaremos su carta con su registro.

Importante

Tenga en cuenta que Santa Clara Family Health Plan no tiene copias completas de sus registros médicos.

Si usted quiere ver, obtener una copia o cambiar su expediente médico. Comuníquese con su médico o clínica.

Cuando compartimos su información de salud, tiene derecho de solicitar una lista que indique:

- con quién compartimos la información;
- cuándo la compartimos;
- por qué razones, y
- qué información hemos compartido.

Esta lista no incluirá información que le hayamos proporcionado a usted, con su autorización o para operaciones de tratamiento, pago o del plan de salud.

Tiene derecho de solicitar una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

También podrá consultar este aviso en nuestro sitio web en la siguiente dirección:
www.scfhp.com.

Incumplimiento de privacidad

Violación al sistema de seguridad se refiere a la adquisición no autorizada de información computarizada que compromete la seguridad, la confidencialidad o la

integridad de la información personal de un miembro que mantiene SCFHP. La adquisición de buena fe de la información personal de un miembro por un empleado o agente de SCFHP para los fines de SCFHP no se considera una violación al sistema de seguridad, siempre que la información personal no se utilice o esté sujeta a una divulgación adicional no autorizada.

La Información personal se refiere al nombre o inicial del primer nombre y apellido del miembro, en combinación con uno o varios de los siguientes elementos de información, cuando el nombre o los elementos de información no están codificados: 1) número de Seguro Social; 2) número de licencia de conducir o número de tarjeta de identificación de California; 3) número de tarjeta de crédito o débito o de cuenta, en combinación con cualquier código de seguridad, código de acceso o contraseña que permita el acceso a la cuenta financiera de una persona; 4) información de salud, o 5) información del seguro de salud. La información personal no incluye la información que está disponible al público, que es legalmente disponible al público en general a través de los registros del gobierno federal, estatal o local. La información médica se refiere a cualquier información relacionada con la historia médica del miembro, con un estado médico físico o de salud mental o un tratamiento o diagnóstico médico realizado por un profesional del cuidado de la salud. La información del seguro de salud se refiere al número de póliza o de identificación de suscriptor del miembro, cualquier identificador único que utilice una compañía de seguros médicos para identificar al miembro o cualquier información incluida en el registro de solicitudes y reclamos de un miembro, incluyendo cualquier registro de apelaciones.

En caso de que una persona no autorizada adquiera información de salud privada de los Miembros, SCFHP informará a los Miembros sobre la violación, tan pronto como sea posible, sin ningún retraso que no sea razonable y coherente con las necesidades legítimas del cumplimiento de la ley o de cualquier medida necesaria para determinar el alcance de la violación y restablecer razonablemente la integridad del sistema de información.

El aviso sobre la violación a la seguridad que se proporcione a los miembros deberá ser escrito en un lenguaje sencillo e incluir (por lo menos) el nombre y la información de contacto del miembro quien se supone razonablemente que ha sido víctima de la violación. El aviso debe incluir la siguiente información, si es posible determinarla en el momento de proporcionarlo: la fecha de la violación; la fecha en que ocurrió la violación; la fecha aproximada de la violación, o el posible período en que pudo ocurrir la violación. La notificación también debe incluir la fecha del aviso, si la notificación se retrasó como resultado de una investigación policíaca, una descripción general del incidente de la violación y los números de teléfono para llamada gratuita y las direcciones de las principales agencias de informes de crédito si la violación expuso un número de Seguro social, un número de licencia de conducir o un número de tarjeta de identificación de California. A discreción de SCFHP, el aviso también puede incluir información sobre lo que SCFHP ha hecho para proteger a los Miembros cuya

información ha sido violada y asesoría respecto a los pasos que el Miembro cuya información fue violada puede tomar para protegerse.

El aviso de violación a la seguridad puede ser proporcionado por uno de los siguientes métodos: 1) aviso escrito; 2) aviso electrónico, o 3) aviso sustituto. Se puede utilizar un aviso sustituto si SCFHP demuestra que el costo de dar aviso excedería el monto de doscientos cincuenta mil dólares (\$250,000); la cantidad de miembros afectados a quienes se les debe enviar el aviso excede de 500,000, o si SCFHP no cuenta con suficiente información de contacto de los miembros. El aviso sustituto consiste en todo lo siguiente: 1) aviso por correo electrónico si SCFHP cuenta con una dirección de correo electrónico de los miembros afectados; 2) publicación visible del anuncio en el sitio web de SCFHP, y 3) notificación a los principales medios de comunicación del estado y a la Oficina de Seguridad de la Información de la Agencia de Tecnología de California.

Si la violación afecta a más de 500 miembros, SCFHP debe enviar una sola copia de la notificación de la violación a la seguridad al Fiscal General (excluyendo cualquier información de identificación personal).

LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SCFHP PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS SE ENCUENTRAN DISPONIBLES Y SE LE ENTREGARÁN PREVIA SOLICITUD.

¿Cómo se puede comunicar con nosotros para usar sus derechos?

Si desea usar cualquiera de los derechos de privacidad que se describen en este aviso, llame o escribanos a:

Compliance and Privacy Officer
Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Número gratuito: **1-877-723-4795**
Fax: **1-408-874-1970**
TTY/TDD: **1-800-735-2929** o **711**.

Quejas

Si considera que no hemos protegido su privacidad y desea quejarse, puede presentar una Queja por teléfono o por escrito a:

Attn: Compliance and Privacy Officer
Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Número gratuito: **1-877-723-4795**
Fax: **1-408-874-1970**
TTY/TDD: **1-800-735-2929 o 711.**

O bien, se puede comunicar con las agencias siguientes:

Línea directa de la Oficina de privacidad/Oficina de cumplimiento de HIPAA (OHC)
Teléfono: **1-916-445-4646**
Número gratuito: **1-866-866-0602**
Correo electrónico: **privacyofficer@dhcs.ca.gov**

Attn: Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th St, Ste 4-100
San Francisco, CA 94103
Centro de respuesta al cliente: **1-800-368-1019**
Fax: **1-202-619-3818**
TDD: **1-800-537-7697**
Correo electrónico: **ocrmail@hhs.gov**

Use sus derechos con sin miedo

No podemos quitarle sus beneficios del cuidado de la salud ni hacer nada para perjudicarlo de ninguna forma si presenta una queja, exige o hace uso de cualquiera de los derechos de privacidad de este aviso.

Preguntas

Si tiene preguntas sobre este aviso y desea más información, comuníquese con el Oficial de privacidad de SCFHP a la dirección y número de teléfono anteriores. Para obtener una copia de este aviso en otros idiomas, braille, letra grande o cinta de audio o CD-ROM, llame o escriba al Oficial de privacidad de SCFHP al número o dirección que se incluyen en la página 7.