Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Aviso sobre Prácticas de Privacidad
Fecha de entrada en vigencia: noviembre 2, 2015

Este aviso describe la forma en que su información médica se puede utilizar y divulgar, y cómo usted puede obtener acceso a esta información. **Revíselo cuidadosamente.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamos
- Corregir sus expedientes médicos y de reclamos
- Solicitar una comunicación confidencial
- Solicitarnos que limitemos la información que compartimos
- Recibir una lista de las personas con quienes hemos compartido su información
- Recibir una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados

Sus elecciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que utilizamos y compartimos la información mientras:

- Respondemos a las preguntas de la cobertura de su familia y amigos
- Proporcionamos ayuda en caso de desastres
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información Otros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información mientras:

- Ayudamos a manejar el tratamiento de atención médica que usted reciba
- Dirigimos nuestra organización
- Pagamos sus servicios de salud
- Administramos su plan de salud
- Ayudamos con problemas de seguridad y salud pública
- Realizamos investigaciones
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a las solicitudes de donaciones de órganos y tejidos, y trabajamos con un examinador médico o director de una funeraria
- Abordamos la compensación a los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Respondemos a las demandas y acciones legales

Sus derechos

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

Recibir una copia de los expedientes médicos y de reclamos

- Usted puede solicitar ver o recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamos y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamos, generalmente dentro de los siguientes 30 días a partir de su solicitud. Es posible que hagamos un cargo de una tarifa razonable basada en el costo.

Solicitarnos que corrijamos los expedientes médicos y de reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamos si cree que están incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Es posible que digamos “no” a su solicitud, pero le indicaremos la razón por escrito dentro de los siguientes 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Nos puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de la casa o de la oficina) o que le enviemos un correo a una dirección distinta.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos indica que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos determinada información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectará su atención.

Recibir una lista de las personas con quienes hemos compartido la información

- Usted puede solicitar una lista (registro) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años antes a la fecha en que lo solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como alguna que usted nos solicitó que hiciéramos). Proporcionaremos un registro gratuito

por año, pero haremos un cargo de una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los siguientes 12 meses.

Recibir una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa inmediatamente.

Elegir a alguien que actúe en su nombre

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

Presentar una queja si siente que sus derechos han sido violados

- Usted puede presentar una queja si siente que hemos violado sus derechos al comunicarse con nosotros usando la información que se encuentra en la página 6.
- Puede presentar una queja al U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al **1(877) 696-6775** o visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.**
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus elecciones

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara respecto a cómo debemos compartir su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Indíquenos lo que desea que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos 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 desastre

Si no puede indicarnos su preferencia; por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si consideramos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos *nunca* compartimos su información a menos que usted nos brinde su permiso por escrito:

- Propósito de comercialización
- Venta de su información

Otros usos y divulgaciones

¿Cómo utilizamos o compartimos normalmente su información de salud?

Normalmente, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes formas.

Ayudamos a manejar el tratamiento de atención médica que usted reciba

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que les están tratando.

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

Dirigimos nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No tenemos permitido utilizar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no aplica a los planes de atención a largo plazo.

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

Pagamos sus servicios de salud

- Podemos utilizar y divulgar su información de salud mientras pagamos sus servicios de salud.

Ejemplo: Podemos compartir su información con un plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

Administramos su plan

- Podemos divulgar su información de salud a su patrocinador del plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Empleadores y otras organizaciones patrocinan los programas de seguro médico. Estos empleadores o patrocinadores tienen contrato con SFHP para proporcionarle servicios a usted y pagar los reclamos. Podemos notificar al patrocinador del plan si usted está inscrito o se canceló su inscripción del plan. También podemos divulgar su información de salud para que el patrocinador del plan pueda auditar el desempeño de SFHP. El patrocinador acepta conservar su información de salud de manera confidencial y segura.

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?

Se nos permite o exige que compartamos su información de otras formas, normalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones requeridas por la ley antes de que podamos compartir su información con este propósito. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudamos con problemas de seguridad y salud pública

Podemos compartir su información de salud para determinadas situaciones como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar para retirar un producto
- Informar de reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar la sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o seguridad de alguna persona

Realizamos investigaciones

- Podemos utilizar o compartir su información para realizar investigaciones de salud.

Cumplimos con la ley

Compartiremos su información si lo exigen las leyes federales o estatales, incluido el Department of Health and Human Services si desea ver si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

- Respondemos a las solicitudes de donaciones de órganos y tejidos, y trabajamos con un examinador médico o director de una funeraria
- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona fallece.

Abordemos la compensación a los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno

Podemos utilizar o compartir su información de salud:

- Para los reclamos de la compensación a los trabajadores
- Con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de cumplimiento de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como las militares, de seguridad nacional y para los servicios de protección presidencial

Respondemos a las demandas y acciones legales

Podemos compartir su información de salud como respuesta a una orden administrativa o del tribunal, o como respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información protegida de salud.
- Le informaremos inmediatamente si se produce un incumplimiento que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y brindarle una copia de las mismas.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera diferente a la descrita aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos indica que podemos hacerlo, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.**

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestro sitio web y le enviaremos por correo una copia a usted.

Llame al SFHP al:

San Francisco Health Plan
Attn: Officer, Regulatory Affairs and Compliance
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119-4247
1(415) 547-7800 o llame al número gratuito al 1(800) 288-5555

Comuníquese con la Secretary of Health and Human Services en:

Secretary of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201