



## **Aviso de Practicas Privadas**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA POR CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA (“CHPC” POR SUS SIGLAS EN INGLES) Y COMO PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISARLO CON CUIDADO.**

Durante el tiempo que usted es miembro de CHPC, será necesario que nosotros colectemos, mantengamos y revelemos diferentes tipos de información de usted y su salud. Ejemplos incluyen, pero no son limitados a, su nombre, genero, día de su nacimiento, domicilio, numero de teléfono, estado matrimonial, numero de Medicare o Medi-Cal, los lenguajes que usted habla, empleo y empleador (si aplica), y su historial medico anterior. Colectamos mucha de esta información de usted cuando se hace miembro. En ciertas circunstancias, tal vez colectemos información de los padres (en el caso de un menor), guardián, conservador, o representante legal. Tal vez colectemos información de usted de otros planes de salud, compañías de seguro, o grupos médicos, también médicos, hospitales, farmacias, u otros proveedores de los cuales usted ha recibido servicios del cuidado de salud.

Por lo general, cualquier información con relación a su salud física o mental en el pasado, presente, o futuro que puede o tal vez sea identificada con usted individualmente, es considerada *Información de Salud Protegida* (“PHI” por sus siglas en ingles). Somos requeridos por la ley de mantener la privacidad y seguridad de su PHI, y estamos prohibidos en revelar su PHI excepto en como especifica la ley. Nosotros también somos requeridos en proveerle este Aviso de Practicas Privadas explicándole nuestro deber legal y nuestras prácticas privadas con respeto a la PHI que colectamos y mantenemos de usted.

Nosotros tenemos el derecho en cambiar nuestras prácticas privadas, siempre y cuando los cambios cumplen con la ley. Si nosotros hacemos cambios a nuestras practicas privadas, nosotros le mandaremos un Aviso de Practicas Privadas por escrito para explicar los cambios. Nosotros mantenemos una copia actualizada de nuestro Aviso de Practicas Privadas en nuestro sitio Web en <http://www.centralhealthplan.com>.

**POR FAVOR NOTE:** Este Aviso describe solo las prácticas privadas de CHPC. Su medico o grupo medico, y cualquier proveedor de especialidad en el cuidado, hospital, farmacia u otro proveedor del cual usted pueda recibir tratamiento o servicios de el, tal vez tenga su propio aviso describiendo como mantienen ellos la privacidad de su PHI.

### **Colección, Uso y Revelación de Su PHI**

Nosotros podemos coleccionar, usar y revelar su PHI:

- **Para proveer o Arreglar para el Cuidado:** Nosotros podemos usar o revelar su PHI para poder proveer o arreglar para su cuidado de salud. Por ejemplo, cuando usted selecciona un Doctor Primario, le mandaremos ha ese proveedor su nombre, información de membresía, y cualquier información relacionada con su estado de salud. Tal vez

## Aviso de Prácticas Privadas de CHPC

compartiremos su información de salud protegida con su médico o grupo médico con el propósito de autorizar un tipo de tratamiento en particular.

- **Para Hacer o Arreglar el Pago para el Cuidado:** Nosotros tal vez usemos o revelemos su PHI para poder hacer o arreglar el pago para su cuidado de salud. Por ejemplo, tal vez recibamos un cobro que contiene información de salud protegida por un médico que le proveyó cuidado médico. Si el cobro es nuestra responsabilidad, nosotros haremos el pago. Si el cobro es la responsabilidad de su grupo médico, nosotros le mandaremos el cobro, con su información de salud, al grupo médico para que ellos hagan el pago.
- **Para Operaciones del Cuidado de Salud:** Nosotros tal vez usemos o revelemos su PHI en el proceso de nuestras operaciones del cuidado de salud. Por ejemplo, tal vez revisemos su información de salud protegida para poder evaluar el tratamiento y servicios que usted recibe y para evaluar la ejecución de nuestros médicos y otros proveedores. Tal vez usemos su información de salud protegida para administrar y coordinar el cuidado para condiciones serias o condiciones de salud crónicas.
- **Para proveerle Información ha Usted:** Nosotros tal vez usemos o revelemos su PHI ha usted para poder proveerle con información acerca de sus beneficios y servicios disponibles. Por ejemplo, tal vez nos pongamos en contacto con usted para informarle de las opciones de tratamiento o alternativas, o para proveerle educación acerca de cómo administrar una condición crónica.
- **Para Proveerle Información a un Miembro de su Familia o Amigo:** Podemos revelar su PHI a un miembro de su familia, amigo, u otra persona que este involucrada con su cuidado de salud o responsable de los pagos, pero SOLO SI:
  - a. Usted esta presente, y usted pregunta por o esta de acuerdo con la revelación;

**O**

- b. Si usted no esta presente, o si usted no puede responder físicamente o mentalmente, y nosotros creemos que la revelación esta en su mejor interés.
- **Como de Otra Manera es Requerido o Permitido por la Ley:** Podemos revelar su PHI, como es permitido por la ley, para muchos tipos de actividades. El PHI puede ser compartido para las actividades del descuido de salud. También puede ser compartido para el proceso administrativo o judicial, con las autoridades de salud públicas, para razones de la policía, y al pesquisidor, directores del funeral o examinadores médicos (acerca de los descendientes). PHI también puede ser compartido para ciertas razones con grupos de donaciones de órganos, para investigaciones, y para evitar amenaza seria a la salud o la seguridad. Puede ser compartido para funciones del gobierno especiales, para la compensación de los trabajadores, para responder a los pedidos del Departamento de Salud de los Estados Unidos y Servicios Humanos y para alertar a las autoridades correctas si creemos que usted es una victima de abuso, descuido, violencia domestica o otros crímenes. PHI puede ser compartido como es requerido por la ley.
  - **Con Su Autorización por Escrito:** Nosotros tenemos que tener su autorización por escrito en orden para revelar su información de salud protegida para cualquier propósito o situación que no es mencionada anteriormente. Al momento de que usted nos provea con

## **Aviso de Prácticas Privadas de CHPC**

tal autorización por escrito, usted tiene el derecho de revocarlo en cualquier momento. Pero, si nosotros ya usamos o compartimos su PHI basado en su autorización, nosotros no podemos anular ningunas acciones que tomamos antes que usted lo anulo. Para mas información referente a las autoridades por escrito, favor de ponerse en contacto con el Departamento de Servicio al Miembro al 1-866-314-2427 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-888-205-7671).

### **Manteniendo la Confidencialidad de Su Información**

Nosotros nos dedicamos en proteger su PHI. Hemos puesto un numero de pólizas y practicas para asegurar que su PHI este seguro. Nosotros mantenemos su PHI su PHI oral, por escrito y electrónico seguro usando maneras físicas, electrónicas y de procedimiento. Estas medidas de protección siguen las leyes federales y estatales. Unas de las maneras que usamos para mantener su PHI seguro incluyen oficinas que son mantenidas seguras, computadoras que requieren clave, y áreas de almacenamiento y gabinetes de archivos cerrados con llave. Nosotros les requerimos a nuestros empleados que protejan PHI por pólizas por escrito y procedimientos. Estas pólizas limitan el acceso a PHI, solo los empleados que necesitan la información para hacer su trabajo lo pueden acceder. También, donde es requerido por la ley, nuestros contratistas y nuestros socios tienen que proteger la privacidad de la información que compartimos en el curso normal de negocios. Ellos no están permitidos dar PHI a otros sin su autorización por escrito, excepto como es permitido por la ley.

### **Sus Derechos**

La ley asegura que usted tiene ciertos derechos con respeto a la privacidad o su información de salud protegida. Estos incluyen:

- El derecho a ver y hacer copias de su información de salud protegida. Tal vez tenga que pagar por el costo de copiar y enviar por correo de los archivos. Por favor este consiente de que CHPC no tiene que completar copias de sus archivos médicos. Si usted quiere mirar, recibir una copia, o cambiar su archivo medico, favor de ponerse en contacto con su medico o clínica.
- El derecho en pedirnos que no revelemos partes de su información del cuidado de salud protegida. Si nosotros no estamos de acuerdo con usted para hacer los cambios que usted gusta, nosotros le mandaremos una carta explicándole porque. Usted nos puede pedir que revisemos nuestra decisión si usted no esta de acuerdo con ella.
- El derecho de pedirnos que solo nos pongamos en contacto con usted de cierta manera. Por ejemplo, nos puede pedir que solo le llamemos en el trabajo.
- El derecho de pedir que nosotros cambiemos ciertas partes de su información de salud protegida. Si nosotros no estamos de acuerdo en hacer los cambios que usted quiere, nosotros le mandaremos una carta explicándole porque. Usted nos puede pedir que revisemos nuestra decisión si usted no esta de acuerdo con ella.
- El derecho de pedir que le digamos cuando, a quien, por que razones y que información de salud protegida de usted tengamos revelada.
- El derecho a una copia de papel o electrónica del Aviso de Prácticas Privadas.

## Aviso de Prácticas Privadas de CHPC

### Si Usted Tiene Alguna Pregunta, Queja, o Cree que Sus Derechos de Privacidad Han Sido Violados

Si usted tiene una pregunta o queja con respecto a nuestras practicas privadas, favor de llamar al Departamento de Servicio al Miembro al 1-866-314-2427 (Usuarios de TTY deben llamar al 1-888-205-7671).

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede llamar o escribirnos a:

Annie Kuo, Compliance Director  
Central Health Plan of California  
1540 Bridgegate Drive,  
Diamond Bar, CA 91765

Teléfono: 1-866-314-2427 (TTY: 1-888-205-7671)

Usted también puede someter una queja con la Oficina de Derechos Civiles (“OCR”). Su queja tiene que ser por escrito. Usted puede mandar su queja por el correo de los Estados Unidos o por fax a:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

Fax: 1-415-437-8329

Teléfono: 1-415-437-8310 (TDD: 1-415-437-8311)

Información adicional en como someter una queja de privacidad con el OCR es disponible:

- Por teléfono – llame gratuitamente al 1-866-627-7748
- Por la internet – visite <http://www.hhs.gov/ocr/hipaahowto.pdf>.

**POR FAVOR NOTE:** Si usted decide someter una queja con respecto a las practicas de privacidad de CHPC o la administración de su información de salud protegida, directamente con nosotros o con OCR, nosotros estamos prohibidos por la ley en penalizarlo o tomar acción negativa contra usted en cualquier manera por la razón de su queja.