

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN VIRTUD DE LA LEY FEDERAL DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA) DE 1996, USTED TIENE DERECHO A QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA ESTÉ PROTEGIDA. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

### ¿Quién seguirá este aviso?

Este Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso") describe las prácticas de privacidad de Central Health (CH). CH es una entidad cubierta conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996 y, como tal, le emite este Aviso.

### Nuestro compromiso con respecto a su PHI

Este Aviso sobre la política de privacidad de CH se le proporciona para demostrar el compromiso de la organización con la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI) y la protección de dicha información. CH está obligado por ley a mantener la privacidad de su PHI, a proporcionar avisos sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de CH con respecto a la PHI de las personas y a notificarle después de descubrir una infracción de su PHI no segura.

### Cómo podemos usar o divulgar su PHI

**Para pagos:** los empleados de CH pueden recibir, usar o divulgar la PHI sobre el tratamiento y los servicios que usted recibe con fines de pago. Por ejemplo, sus proveedores de atención médica envían una factura por servicios a CH de la misma manera que una compañía de seguros o un plan de salud recibe facturas para su pago. La información en la factura puede contener información que lo identifique a usted, su diagnóstico y el tratamiento o suministros utilizados en el curso del tratamiento. CH también puede divulgar su PHI a su plan de salud o pagador para obtener el pago de los servicios proporcionados por CH y para la verificación de beneficios.

**Para operaciones de atención médica:** CH puede usar o divulgar la PHI con fines operativos. Por ejemplo, CH puede divulgar su PHI a consultores externos que sean socios comerciales para (1) evaluar el desempeño de los proveedores contratados; (2) evaluar la calidad de la atención y los resultados en sus casos y casos similares; (3) aprender cómo mejorar las instalaciones y servicios contratados; (4) determinar cómo mejorar continuamente la calidad y eficacia de la atención médica que CH paga por usted; y (5) dar seguimiento a su inscripción en el programa de atención médica o ayudar a CH a determinar su elegibilidad para cobertura médica en este programa u otros programas. Podemos usar su PHI para crear conjuntos de datos limitados o información no identificada que pueda usarse y divulgarse para cualquier propósito legal. También podemos transmitir la PHI a otras entidades cubiertas para ciertas operaciones de atención médica de esas entidades, según lo permita la ley. En la medida aplicable, CH tiene prohibido usar o divulgar la PHI que sea información genética de una persona para fines de suscripción.

**Para tratamiento:** CH puede usar y divulgar su PHI para brindarle atención y servicios médicos. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a sus otros médicos tratantes para coordinar su atención médica y servicios relacionados. CH también puede comunicarse con sus proveedores de atención médica sobre tratamientos o tratamientos alternativos que pueden estar cubiertos por el Programa de Acceso Médico (Medical Access Program, MAP), si corresponde, u otros programas.

**Otros usos y divulgaciones:** además de los usos y divulgaciones descritos, la HIPAA permite y, en algunos casos, exige que CH use y divulgue la PHI en las situaciones que se detallan a continuación:

- **Según lo exige la ley.** CH utilizará y divulgará su PHI cuando lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** A personas que necesitan conocerla para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otros.
- **Problemas y riesgos de salud pública.** Según lo exige la ley para actividades de salud pública. Estas actividades pueden referirse a esfuerzos para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informar nacimientos y defunciones; denunciar sospechas de abuso o negligencia infantil a las autoridades correspondientes; informar reacciones a medicamentos o productos; notificar a las autoridades y pacientes sobre retiradas de productos; y para proporcionar aviso a un individuo de la exposición a una condición o enfermedad o del riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** A las autoridades policiales u otras agencias gubernamentales autorizadas para recibir informes de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica si CH tiene motivos para creer que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Ayuda ante catástrofes.** En caso de emergencia, a una entidad que ayude en el socorro en casos de catástrofe para que su familia pueda ser notificada sobre su estado general y localización.
- **Actividades de supervisión de la salud.** A una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y controversias.** En respuesta a una citación judicial, orden judicial, orden administrativa u otro proceso legal. En determinadas circunstancias, CH debe notificarle de la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **Cumplimiento de la ley.** A funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para fines específicos de aplicación de la ley, que incluyen: (1) en respuesta a una orden judicial, citación judicial, orden de comparecencia, citación o proceso similar; (2) para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; (3) para denunciar delitos en las instalaciones de CH, una muerte que sea resultado de una conducta delictiva o, en situaciones de emergencia, para denunciar un delito o detalles de un delito; y (4) en ciertos casos, la PHI relacionada con una víctima de un delito si CH no puede obtener el acuerdo de la víctima.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** A un médico forense, examinador médico o director de funeraria, según sea necesario para que la persona lleve a cabo sus funciones.
- **Militares.** A las autoridades de mando militar, previa solicitud adecuada, si la PHI se refiere a una persona que actualmente presta servicio en el ejército o a un veterano.
- **Seguridad nacional.** A funcionarios federales autorizados para realizar actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional.
- **Indemnización laboral.** Si lo requieren los programas de indemnización laboral u otros programas similares que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Recordatorios de citas y seguimiento de pacientes/alternativas de tratamiento.** Para recordarle citas médicas o brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, a menos que haya dado instrucciones específicas de que no lo contacten para hacerle recordatorios.
- **Investigación.** En determinadas circunstancias, la PHI puede usarse y divulgarse con fines de investigación, como por ejemplo para un proyecto que compara las tasas de recuperación de pacientes que recibieron un medicamento en particular con aquellos de pacientes que recibieron otro medicamento.
- **Donación de órganos.** La PHI puede divulgarse a organizaciones involucradas en la donación o trasplante de órganos.
- **Familiares y amigos involucrados en su atención.** A familiares o amigos, cuando la PHI es directamente relevante para la participación de la persona en su atención o para el pago de su atención. Por lo general, usted tiene derecho a dar su consentimiento para la divulgación de su PHI en esta situación.

- **Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services).** Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para investigar el cumplimiento de HIPAA.
- **Programas gubernamentales.** A otras agencias gubernamentales que administran los programas gubernamentales que brindan beneficios públicos si la ley exige o autoriza compartir la PHI o si los programas atienden a poblaciones iguales o similares y la divulgación es necesaria para la coordinación o para mejorar la administración o gestión de dichos programas.
- **Socios comerciales.** A socios comerciales, para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Por ejemplo, CH puede divulgar su PHI a un auditor que esté auditando el programa.
- **[Intercambio de información para residentes de bajos ingresos.** Central Health es parte del Acuerdo de atención médica organizada del colaborativo para la atención comunitaria (Community Care Collaborative Organized Health Care Arrangement, CCC OHCA) y este Aviso se aplica al CCC OHCA y lo describe. El CCC OHCA es un sistema organizado de atención médica en el que los siguientes proveedores y planes de atención médica separados participan en actividades conjuntas, como mejoras de la calidad o actividades de pago:
  - Community Care Collaborative;
  - el distrito de atención médica del condado de Travis que opera en nombre de Central Health;
  - Seton Healthcare Family;
  - Lone Star Circle of Care;
  - People's Community Clinic;
  - CommUnityCare;
  - Integral Care del condado de Travis en Austin;
  - otros médicos, clínicas comunitarias y proveedores de atención médica que brindan tratamiento en las ubicaciones clínicas del proveedor; y
  - ciertos planes de salud participantes que pagan servicios de atención médica a personas de bajos ingresos, incluidos, entre otros, los planes de salud Sendero.

Si cumple con ciertos umbrales de ingresos, según la información financiera que ha proporcionado y nuestras pautas financieras, nosotros y los demás proveedores y planes de atención médica que participan en CCC OHCA compartiremos información de salud, de facturación y de otro tipo sobre usted entre nosotros, lo que puede ser necesario para llevar a cabo tratamientos, pagos y ciertas actividades operativas de atención médica y según lo permita la ley y este Aviso. Según los servicios que reciba de CH, su información puede compartirse a través de CCC OHCA. Puede encontrar más información sobre CCC OHCA aquí: <http://www.ccc-ids.org/projects/health-it/organized-health-care-arrangement.>]

### **Divulgaciones que requieren su autorización por escrito**

Los usos o divulgaciones de su PHI para fines distintos a los descritos anteriormente se realizarán únicamente después de que usted proporcione a CH una autorización por escrito. CH le proporcionará nuestro formulario de autorización estándar para que lo complete y lo devuelva. Indicará qué tipo de PHI nos autoriza a divulgar o utilizar. Por ejemplo, se requiere su autorización por escrito para la venta de su PHI, para el uso o divulgación de su PHI en comunicaciones de mercadeo y para la mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia. Si autoriza, podrá revocarla en cualquier momento, siempre que sea por escrito. La revocación será efectiva excepto en la medida en que CH haya tomado medidas basándose en la autorización antes de recibir la revocación.

### **Sus derechos en virtud de HIPAA**

Tiene derecho a:

- Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI según lo dispuesto en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Sección 164.522. Dichas solicitudes de restricciones pueden incluir cómo CH usa o divulga información para tratamiento, pago u otros fines administrativos, excepto cuando usted lo autorice específicamente, cuando lo exija la ley o en situaciones de

emergencia. También tiene derecho a solicitar a CH que limite la PHI que se divulga a alguien involucrado en su atención o en el pago de esta. CH considerará sus solicitudes, pero no está legalmente obligado a aceptar esas restricciones.

- Inspeccionar y obtener una copia de su PHI según lo dispuesto en el Título 45 del CFR, Sección 164.524. Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica y otra información de salud que CH tenga sobre usted. En la mayoría de los casos, CH proporcionará una copia o un resumen de su información de salud dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. CH puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo de cumplir con esta solicitud.
- Solicitar que su PHI se modifique según lo dispuesto en el Título 45 del CFR, Sección 164.526. Puede solicitar dicha enmienda si cree que CH tiene su PHI incorrecta o incompleta. CH puede decidir que no es necesario realizar el cambio que usted solicita, por ejemplo, si la información ya es correcta y está completa.
- Solicitar la comunicación de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos para proteger su confidencialidad. Puede pedirle a CH que se comunique con usted sobre su información de salud de una manera específica. Por ejemplo, puede pedirle a CH que se comunique con usted únicamente a su trabajo o por correo. CH intentará atender solicitudes razonables.
- Recibir un informe de las divulgaciones realizadas de su PHI según lo dispuesto en el Título 45 del CFR, Sección 164.528. Este informe incluirá una lista de cómo CH divulga su PHI a otras personas u organizaciones. Hay ciertas divulgaciones que no están incluidas en la lista, por ejemplo, divulgaciones realizadas a usted sobre su propia información de salud, divulgaciones para las cuales usted le da permiso a CH y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Obtener una copia impresa de este Aviso cuando lo solicite.

Para ejercer estos derechos u obtener más información sobre los asuntos cubiertos por este Aviso, comuníquese con: Privacy Officer, 1111 E. César Chávez St., Austin, TX 78702 o deje un mensaje confidencial en la Línea de Alerta de Cumplimiento al (512) 978-8149.

## **Quejas**

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede enviar una queja por escrito a: Privacy Officer, 1111 E. César Chávez St., Austin, Texas, 78702. También puede dejar un mensaje confidencial en la Línea de Alerta de Cumplimiento al (512) 978-8149. Al presentar una queja, en la medida de lo posible, especifique la naturaleza de la queja y cómo cree que se han infringido sus derechos de privacidad.

También puede presentar una queja a Office for Civil Rights, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202, (214) 767-4056, (214) 767-8940 (TDD), (214) 767-0432 (fax), o a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov).

No habrá represalias contra usted por presentar una queja.

## **Cambios**

CH está obligado a cumplir con los términos del aviso de privacidad vigente. CH se reserva el derecho de cambiar este aviso de privacidad y hacer efectivas las nuevas disposiciones del aviso para toda la PHI que mantiene, así como para cualquier PHI que CH pueda recibir en el futuro. Se le enviará un aviso revisado por correo postal o correo electrónico dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que se realiza una revisión sustancial del aviso si todavía está inscrito en MAP o está sujeto a este aviso en ese momento.

## **Fecha de vigencia**

La primera fecha de vigencia de este aviso es el 28 de agosto de 2023.