



# Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro

300 South Park Avenue • PO Box 6002 • Pomona CA 91769-6002  
800-251-8191 • TTY 711 • 7 días a la semana 7:30 am – 8:00 pm  
www.ivhp.com

## **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

---

Este aviso describe cómo pudiera usarse y divulgarse la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, revísela cuidadosamente.**

### **Sus derechos**

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros y reclamaciones de salud
- Corregir sus registros y reclamaciones de salud
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos limitar la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para actúe en su nombre
- Presentar una queja si usted cree que no se han respetado sus derechos de privacidad

### **Sus opciones**

Tiene algunas opciones en la manera que utilizamos y compartimos la información como:

- Responder a preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar ayuda contra los desastres
- Vender nuestros servicios y vender su información

### **Nuestros usos y divulgaciones**

Podemos usar y compartir su información al:

- Ayudar a administrar el tratamiento médico que reciba
- En el funcionamiento de nuestra organización
- Pagar por los servicios de salud
- Administrar su plan de salud
- Ayudar con los problemas de seguridad y salud pública
- Investigar
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y al trabajar con un examinador médico o director de una funeraria
- Tratar solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Responder a demandas y acciones legales

## **Sus derechos**

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

### **Obtenga una copia de los registros y reclamaciones de salud**

- Usted puede pedir ver u obtener una copia de sus registros y reclamaciones de salud y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros y reclamaciones de salud, generalmente en un plazo de 30 días desde su solicitud. Tal vez le cobremos una tarifa razonable, basada en los costos.

### **Pídanos corregir los registros y reclamaciones de salud**

- Usted puede solicitar que corriamos sus registros y reclamaciones de salud, si usted piensa que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué, por escrito, en un plazo de 60 días.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, en el teléfono de casa u oficina) o que se le envíe el correo a una dirección diferente.
- Tendremos en cuenta todas las peticiones razonables y debemos decir "sí" en el caso que nos diga que estaría en peligro si no lo hacemos.

### **Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Usted puede pedirnos no utilizar o compartir cierta información de salud para un tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si eso afectase su atención.

### **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Usted puede pedir una lista (una cuenta) de las veces que hemos compartido su información médica por seis años antes de la fecha en la que la pidió, con quién la compartimos y por qué.
- Se incluyen todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica y otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos pidió hacer). Le proporcionamos contabilidad un año gratis pero se le cobrará una tarifa razonable, basada en los costos, si usted pide otra en un plazo de 12 meses.

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

- Usted puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha accedido a recibir el aviso por vía electrónica. Le proporcionaremos con prontitud una copia impresa.

## **Elegir a alguien para actúe en su nombre**

- Si le ha otorgado a alguien poder médico, de abogado o si alguien es su tutor, esa persona puede ejercer los derechos de usted y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga tal autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

## **Presente una queja si cree que no se respetan sus derechos**

- Usted puede presentar una queja si cree que no respetamos sus derechos, comunicándose con nosotros usando la información en la Página 1.
- Usted puede presentar una queja a 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, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Sus opciones**

**Para cierta información de salud, usted puede explicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si usted tiene una clara preferencia sobre cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción para decirnos 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 frente a los desastres

*Si no es usted capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, en caso de hallarse inconsciente, podemos proseguir y compartir su información, si creemos que es lo que más le conviene. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.*

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

- Con fines de mercadeo
- Venta de su información

## **Nuestros usos y divulgaciones**

**¿Cómo usamos o compartimos su información médica normalmente?** Normalmente, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes formas.

### **Ayudamos a administrar el tratamiento médico que reciba**

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que le den tratamiento

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

### **Funcionamiento de nuestra organización**

- Podemos utilizar y divulgar su información para el funcionamiento de nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar la información genética para decidir si le daremos la cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no aplica a planes de atención a largo plazo.

*Ejemplo: Utilizamos la información médica sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.*

### **Pagar por los servicios de salud**

- Podemos utilizar y divulgar su información médica, a medida que pagamos por sus servicios de salud

*Ejemplo: Compartimos la información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.*

### **Administrar su plan**

- Podemos divulgar su información médica con su patrocinador del plan de salud para la administración del plan

*Ejemplo: Su compañía hace un contrato con nosotros para proporcionar un plan de salud, y proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que se cobran.*

**¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud?** Se nos permite o se requiere que compartamos su información de otras maneras – generalmente de un modo que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con tales fines. Para más información, vea: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## **Ayuda con problemas de seguridad y salud pública**

Podemos compartir la información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de la enfermedad
- Ayuda con productos retirados
- Informes de reacciones adversas a los medicamentos
- Informes de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

## **Investigar**

- Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud

## **Cumplir con la ley**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

## **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y al trabajar con un examinador médico o director de una funeraria**

- Podemos compartir la información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de la funeraria cuando fallece una persona.

## **Tratar solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno**

Podemos utilizar o compartir información médica acerca de usted:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con los organismos de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para las funciones especiales del gobierno como las militares, de seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales

## **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir la información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- Le dejaremos saber inmediatamente si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia del mismo a usted.
- No usaremos o compartiremos su información de ningún otro modo al descrito aquí, a menos que usted nos comunique por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Comuníquenoslo por escrito si usted cambia de opinión.

Para más información, vea:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible si así lo solicita, en nuestro sitio web, y se le enviará una copia a usted por correo.

Fecha de vigencia 12/18/2013

---

Director de cumplimiento/funcionario de cumplimiento. Correo electrónico - [gblacklock@ivhp.com](mailto:gblacklock@ivhp.com)  
Inter Valley Health Plan • 300 South Park Avenue • PO Box 6002 • Pomona, CA 91769-6002  
Teléfono: 800-251-8191, ext 248, TTY:711

MED028SP 10/17