

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.**

En Providence Health Assurance (PHA), conforme a la ley federal y estatal estamos obligados a proteger la privacidad de su información de salud protegida (PHI) según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). PHA debe proporcionarle este aviso y cumplir con sus términos. Este aviso explica cómo PHA puede utilizar y compartir información sobre usted para administrar sus beneficios y le comunica sus derechos como miembro valioso. También le explica cómo puede ejercer estos derechos. La PHI, que también se llama información de salud, se refiere a su información de salud o los servicios de atención médica que pueden utilizarse para identificarlo como individuo, e incluye:

- datos sobre su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- información relacionada con la prestación de servicios de atención médica para usted;
- información de pagos relacionada con sus servicios de atención médica.

Además de la PHI, PHA también protege su información de identificación personal (PII), que incluye datos que se pueden utilizar para identificarlo como individuo, como su nombre, dirección, fecha de nacimiento o número del Seguro Social. PHA comprende la sensibilidad de esta información e implementó políticas para protegerla del acceso, el uso o la divulgación no autorizados. PHA recopila PII como parte de las actividades comerciales para verificar la identidad, administrar las cuentas de los miembros y apoyar la prestación de los servicios del plan de salud. Proteger su PII es fundamental para ganar y mantener su confianza como miembro valioso.

### **Cómo PHA usa y da a conocer su PHI sin su autorización por escrito**

PHA puede utilizar y dar a conocer su información de salud protegida con distintos fines. PHA utilizará la PHI y puede compartirla con otros al proporcionar beneficios para la salud. Los siguientes ejemplos se brindan para ilustrar los tipos de usos y de divulgaciones que PHA puede realizar sin su autorización para actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica.

#### **Tratamiento:**

- PHA no proporciona tratamientos. Quien lo hace es su proveedor de atención médica, como su médico u hospital.

- PHA puede utilizar y dar a conocer su información de salud según sea necesario para coordinar, gestionar o apoyar su atención con sus proveedores de salud.

**Pagos:**

- PHA puede utilizar y compartir su información de salud para procesar y pagar reclamaciones presentadas por sus proveedores de atención médica.
- PHA puede compartir una Explicación de beneficios (EOB) con el suscriptor de su plan para ayudar con el pago de reclamaciones.
- PHA puede utilizar y dar a conocer su información de salud para recolectar primas y calcular los montos de los costos compartidos.

**Actividades de atención médica:**

- PHA puede utilizar o dar a conocer su información médica en caso de que tenga preguntas relacionadas con los beneficios, las reclamaciones o la cobertura.
- PHA puede utilizar su información de salud para revisar la calidad de la atención y de los servicios que recibe.
- PHA puede utilizar su información de salud para coordinar y mejorar los servicios de prevención y los programas de gestión de enfermedades crónicas (como vacunas, exámenes de detección de cáncer o programas para el asma, la diabetes o la presión arterial alta).
- PHA puede utilizar o dar a conocer su información de salud para subrogación o gestión de responsabilidad de terceros para la recuperación de gastos de atención.
- PHA puede utilizar o dar a conocer su información de salud a una organización de revisión independiente (IRO) si usted solicita una revisión externa de una decisión relacionada con su cobertura.
- PHA puede utilizar o dar a conocer su información de salud a organizaciones de acreditación y otorgamiento de licencias para mantener las licencias y las certificaciones de PHA.
- PHA puede utilizar la información de salud mínima necesaria de su historial médico electrónico, como notas de alta hospitalaria o resúmenes de tratamientos, para ayudar a coordinar su atención o ponerlo en contacto con servicios de seguimiento.

**Patrocinador/administrador del plan**

Si usted recibe beneficios del plan de salud a través de su empleo, PHA puede compartir información limitada con el administrador del plan de salud de su empleador.

- Podemos compartir su información de salud con el patrocinador de su plan (su empleador o plan de salud grupal) solo cuando sea necesario para obtener ofertas, o para gestionar o administrar el plan.
- Si su empleador lo ayuda a pagar la prima, pero no paga sus reclamaciones médicas, entonces su empleador:
  - No puede acceder a su información de salud, excepto cuando sea necesario para obtener ofertas, o para gestionar o dar de baja el plan.
  - Debe aceptar, por escrito, proteger su información y utilizarla solo según lo establecido por la ley.

### **Cómo se comparte su información de salud con las personas que participan en su atención**

En ciertos casos, PHA puede compartir su información de salud con familiares, amigos u otras personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.

- PHA puede compartir información cuando usted nos da su permiso verbal o por escrito.
- Si se produce una emergencia y usted no puede comunicarse, PHA puede compartir información si considera que es lo mejor para usted.
- Además, PHA puede compartir información para ayudarlo a proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros.

### **Otras maneras en las que PHA puede utilizar y compartir su información de salud sin autorización**

#### **Para fines legales y de aplicación de la ley**

- Cuando lo establezca la ley.
- Como respuesta a una orden judicial, una citación u otro requerimiento legal.
- Con la fuerza pública cuando la ley lo establezca, como para ubicar a un sospechoso o denunciar un delito.
- Con agencias gubernamentales relacionadas con la seguridad nacional, militares o servicios de protección.

#### **Para supervisión y cumplimiento**

- Con agencias gubernamentales que supervisan la atención médica, como juntas de otorgamiento de licencias, auditores o reguladores.
- Con el Secretario de Estado de los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos para supervisar nuestro cumplimiento con la HIPAA.

### **Para investigación**

- Para fines de investigación cuando la ley lo permita y en cumplimiento de las protecciones requeridas.

### **Para donación de órganos y personas fallecidas**

- Para ayudar a identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o facilitar la donación de órganos o tejidos.

### **Con socios comerciales**

- Con proveedores o contratistas (llamados "socios comerciales") que ayudan a PHA a realizar actividades comerciales y a prestar servicios. La ley establece que estos socios deben proteger su información.

### **Divulgaciones para las que se requiere su autorización por escrito**

PHA debe obtener su autorización por escrito para utilizar o dar a conocer su información de salud protegida, con excepciones limitadas, por los siguientes motivos:

- **Marketing.** PHA solicitará su autorización por escrito para utilizar o dar a conocer su información de salud protegida con fines de marketing, con excepciones limitadas, como cuando tengamos comunicaciones de marketing presenciales con usted o le demos regalos promocionales de valor nominal.
- **Venta de información de salud protegida.** PHA no vende PHI ni PII y debe solicitar su autorización por escrito antes de realizar una divulgación que se considere una venta de su información de salud protegida.
- **Otros usos o divulgaciones.** Cualquier otro uso o divulgación de su información de salud protegida que no esté descrito en este aviso se realizará únicamente con su autorización por escrito, excepto que la ley permita o establezca otra cosa.

### **Protecciones de privacidad adicionales para información de salud sensible**

Las leyes federales y estatales pueden establecer mayores protecciones de privacidad para ciertos tipos de información de salud, que pueden incluir:

- consumo de alcohol, drogas y sustancias (diagnóstico, tratamiento e información de derivación);
- atención para la afirmación de género;

- información genética (servicios o pruebas);
- VIH (pruebas y tratamiento);
- notas de psicoterapia o consejería;
- atención de la salud reproductiva.

**Si PHA recibe información sobre trastornos por consumo de sustancias de un programa con asistencia federal cubierto por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), PHA debe implementar protecciones adicionales para resguardar la información sobre su trastorno por consumo de sustancias (SUD).**

- Si usted da un consentimiento general para el programa conforme a la Parte 2 en el que acepta que su información se utilice o se dé a conocer para actividades relacionadas con tratamientos, pagos o atención médica, PHA podrá utilizar y dar a conocer esa información según lo permitido por la HIPAA.
- Si usted da su consentimiento específico directamente a PHA o a un tercero, PHA utilizará y dará a conocer su información conforme a la Parte 2 solo cuando esté permitido expresamente en ese consentimiento.
- PHA puede utilizar o dar a conocer esta información para actividades relacionadas con tratamientos, pagos o atención médica.
- PHA no utilizará ni dará a conocer sus registros conforme a la Parte 2, ni testimonios relacionados, en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos sin su consentimiento o una orden judicial que lo notifique antes de su divulgación.

Si su PHI tiene una mayor protección, PHA solo podrá darla a conocer con su autorización previa por escrito, excepto que la ley permita o establezca otra cosa.

### **Revocación de una autorización**

- Usted puede cancelar su autorización por escrito en cualquier momento antes de que finalice.
- Si su información se compartió con su permiso, puede que otros la den a conocer otra vez y que ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.
- Algunas leyes pueden limitar que se den a conocer nuevamente ciertos tipos de información de salud sensible, como información de salud mental, genética o sobre trastornos por consumo de sustancias (diagnóstico, tratamiento o derivación).

## **Derechos de privacidad con respecto a su información de salud**

### **Derecho al acceso a su información de salud:**

- Conforme a la HIPAA, usted tiene derecho a solicitar una copia de su información de salud que PHA mantiene.
- Puede solicitar su información de salud en formato impreso o electrónico. PHA la proporcionará en el formato que solicite si está disponible. En caso contrario, la entregaremos en un formato legible.
- PHA establece que debe presentar su solicitud de información de salud por escrito.
- Si PHA rechaza su solicitud de información de salud, PHA se lo comunicará por escrito y le explicará el motivo del rechazo y cómo puede apelar o responder.
- Usted también tiene derecho a solicitar una copia de sus registros médicos a su médico o a otro proveedor de atención médica.

### **Derecho a un informe de las divulgaciones de su información de salud**

- Conforme a la HIPAA, usted tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones de su información de salud que PHA haya hecho, excepto las realizadas para actividades relacionadas con tratamientos, pagos o atención médica, o las divulgaciones hechas con su autorización.
- Esta lista puede incluir divulgaciones hechas para informes de salud pública, aplicación de la ley u otros requerimientos legales.
- PHA establece que su solicitud de un informe de las divulgaciones se debe hacer por escrito y debe incluir el período por el cual presenta la solicitud.
- Este período no puede ser mayor a seis años desde la fecha de su solicitud.

### **Derecho a modificar su información de salud:**

- Conforme a la HIPAA, usted tiene derecho a solicitar un cambio en su información de salud que PHA mantiene si considera que no es exacta o que no está completa.
- PHA establece que debe presentar su solicitud de cambio en su información de salud por escrito.
- Si PHA aprueba su solicitud, la modificación se agregará a su registro y PHA informará a terceros que recibieron la información original si necesitan enterarse del cambio.
- Si PHA rechaza su solicitud de modificación de su información de salud, PHA se lo comunicará por escrito y le explicará el motivo del rechazo y cómo puede apelar o responder.

**Derecho a comunicaciones confidenciales:**

- Conforme a la HIPAA, usted tiene derecho a solicitar que PHA se comunique con usted mediante un método específico o en un lugar alternativo si usted considera que la divulgación de su información de salud podría representar un peligro para usted. Por ejemplo, puede pedir a PHA que envíe su información de salud únicamente por correo postal de EE. UU. o a una dirección distinta a su domicilio. PHA aceptará solicitudes razonables.
- Todos los miembros de PHA tienen derecho a solicitar que su información de salud se envíe a una dirección diferente si el envío a su dirección actual puede representar un peligro. PHA aceptará solicitudes razonables de este tipo. Para procesar su solicitud, PHA no le pedirá que explique por qué cree que está en peligro. Puede presentar esta solicitud por escrito o verbalmente.
- Algunas leyes estatales ofrecen protecciones de privacidad adicionales y, conforme a ellas, los socios tienen derecho a solicitar que la información de su plan que contenga datos de salud o personales se envíe a otra dirección, o que PHA no pueda dar a conocer su información al suscriptor/titular de la póliza. Estas solicitudes específicas de cada estado deben hacerse por escrito.

**Derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información de salud**

- Conforme a la HIPAA, usted tiene derecho a pedir que restrinjamos o limitemos cómo utilizamos o damos a conocer su información de salud para actividades relacionadas con tratamientos, pagos o atención médica.
- Si estamos de acuerdo, procederemos conforme a su solicitud, a menos que la información sea necesaria en caso de una emergencia. Aunque consideraremos su solicitud de restricción, la ley no establece que debemos aceptar, ya que es posible que algunas solicitudes no se puedan cumplir por nuestras actividades u obligaciones legales.
- PHA establece que debe presentar su solicitud para restringir su información por escrito.

**Derecho a un aviso en caso de violación de su información de salud**

- Conforme a la HIPAA, usted tiene derecho a recibir un aviso si PHA determina que se produjo una violación de seguridad que involucró su información de salud.
- PHA enviará este aviso sin una demora excesiva y dentro de los 60 días de haber descubierto la violación. El aviso incluirá una descripción de lo que sucedió, el tipo

de información involucrada, lo que PHA hizo para investigar y evitar nuevas divulgaciones, los pasos que usted puede seguir para protegerse de posibles daños y cómo comunicarse con PHA para obtener más información

### **Cómo PHA protege y asegura su información**

Todos los cuidadores deben cumplir con las políticas de seguridad y privacidad establecidas por la HIPAA. PHA implementó políticas y procedimientos para asegurar la confidencialidad de su información de salud. PHA mantiene segura su información de salud verbal, escrita y electrónica utilizando protecciones administrativas (políticas), técnicas (cifrado) y físicas (almacenamiento bloqueado) que cumplen con las leyes federales y estatales. Algunas de las maneras en las que protegemos su información incluyen:

- Nuestros cuidadores deben:
  - firmar el acuerdo de uso aceptable y la declaración de confidencialidad y no divulgación;
  - completar la capacitación en privacidad y seguridad en el momento de la contratación y anualmente;
  - acceder a su información de salud únicamente cuando sea necesario para realizar sus tareas laborales;
  - eliminar de forma segura la información de salud escrita;
  - informar cualquier violación de privacidad o seguridad;
  - utilizar accesos y contraseñas seguros para ingresar a los sistemas de PHA;
  - trabajar en sistemas protegidos por protocolos de cortafuegos, encriptado y resguardo de datos;
  - llevar un gafete de identificación al entrar en edificios de PHA.
- Los acuerdos de PHA con los proveedores incluyen disposiciones de confidencialidad por las que deben proteger su información de salud conforme a la HIPAA y a otras leyes de privacidad aplicables.
- PHA monitorea sus sistemas para detectar y prevenir accesos no autorizados a su información de salud.
- PHA limita la cantidad de información de salud que utiliza o comparte únicamente lo necesario para el propósito previsto.
- PHA establece que los proveedores y los contratistas que gestionan su información deben cumplir con los estándares de privacidad y seguridad.



## **Cómo ejercer sus derechos conforme a la HIPAA:**

Puede encontrar los formularios de autorización de miembros y privacidad en nuestra página web:

<https://www.providencehealthplan.com/medicare/medicare-advantage-plans/members/forms-and-documents>

Además, puede utilizar nuestro portal seguro en línea para hacer preguntas sobre la privacidad. Tendrá que iniciar sesión en su cuenta de MyProvidence o registrarse si todavía no tiene una cuenta: [www.myprovidence.com](http://www.myprovidence.com)

Puede ejercer sus derechos conforme a la HIPAA comunicándose con el servicio de atención al cliente.

- Si tiene alguna pregunta sobre su información de salud o considera que no se respetaron sus derechos de privacidad, comuníquese con el servicio de atención al cliente llamando al:  
503-574-8000 o 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Atendemos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, cerramos los sábados y los domingos.

Puede presentar una reclamación por escrito ante PHA en:

Providence Health Assurance  
Attn: Appeals and Grievance Dept.  
PO Box 4327  
Portland, OR 97208-4327

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre las prácticas de privacidad de PHA o sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con nuestra línea directa para derechos de privacidad conforme a la HIPAA llamando al (503) 574-7770.

Usted tiene derecho a presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) (Office for Civil Rights [U.S. Department of Health and Human Services]) si considera que no se respetaron sus derechos de privacidad. PHA no tomará represalias contra usted por presentar una reclamación. Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles en:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Líneas directas de la Oficina de Derechos Civiles, voz: 1-800-368-1019  
Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)  
Sitio web: Oficina de Derechos Civiles <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>

#### **Sus derechos a recibir este aviso**

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de este aviso en cualquier momento, incluida una copia impresa, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente.
- PHA puede cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si eso sucede, el aviso actualizado se aplicará a toda la información de salud que PHA mantenga.
- PHA publicará el aviso revisado en su página web antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.
- Además, PHA incluirá el aviso revisado en el próximo envío anual a los miembros.

La versión más reciente siempre estará disponible en línea en:  
<https://www.providencehealthplan.com/medicare/medicare-advantage-plans/members/notice-of-privacy-practices>

#### **Fecha de entrada en vigencia de este aviso**

La fecha original de entrada en vigencia de este aviso fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se indica en el pie de página de este aviso.