



L.A. Care
HEALTH PLAN®

Notificación de prácticas de privacidad



ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE EL MODO EN QUE PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA, DENTAL Y OFTALMOLÓGICA ACERCA DE USTED, EN RELACIÓN CON SUS BENEFICIOS DE SALUD, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. **LÉALA ATENTAMENTE.**

La Local Initiative Health Authority for Los Angeles County, una entidad que opera con el nombre de L.A. Care Health Plan (L.A. Care) brinda su cobertura y sus beneficios de atención médica a través de programas estatales, federales y comerciales. Proteger su información médica protegida (*Protected Health Information*, PHI) es importante para nosotros. L.A. Care también debe entregarle esta notificación sobre sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para mantener segura su PHI, lo que incluye la notificación de prácticas del estado de California y la notificación de prácticas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA), donde se le informa cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. También le informa cuáles son sus derechos. Es posible que las leyes estatales le otorguen derechos de privacidad adicionales o más rigurosos.

I. Su PHI es personal y privada.

L.A. Care recibe PHI que le identifica, como su nombre, información de contacto, datos personales e información financiera, a través de diversas fuentes, como agencias estatales, federales y locales, después de que usted comienza a ser elegible para un programa de L.A. Care, es asignado a un programa o se inscribe. También recibimos PHI sobre usted que usted mismo nos proporciona. Además, recibimos PHI a través de los proveedores de atención médica, como médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros pagadores o compañías de seguros. Utilizamos esta información para coordinar, aprobar, pagar y mejorar su atención médica, y para comunicarnos con usted. No podemos usar su información genética para decidir si le brindaremos cobertura de atención médica o el costo de dicha cobertura. A veces, es posible que recibamos información sobre su raza, origen étnico e idioma. Es posible que usemos esta información para ayudarle, para comunicarnos con usted y para identificar sus necesidades, como por ejemplo, para brindarle materiales educativos en su idioma preferido y ofrecerle servicios de interpretación sin costo. Usamos y divulgamos esta información según lo detallado en esta notificación. No usamos esta información para decidir si le brindaremos cobertura de atención médica o el costo de dicha cobertura.

II. Cómo protegemos su PHI

L.A. Care tiene el compromiso de proteger su PHI. Protegemos la privacidad y seguridad de la PHI de nuestros miembros actuales y anteriores según lo exigido por la ley y los estándares de acreditación. Usamos protecciones físicas y electrónicas, y nuestro personal recibe regularmente capacitación acerca de cómo usar y divulgar la PHI. Algunas de las medidas que tomamos para proteger la seguridad de la PHI incluyen proteger las oficinas y cerrar con llave los escritorios y los armarios, proteger con contraseña las computadoras y los dispositivos electrónicos, y otorgar acceso únicamente a la información que el personal necesite para hacer su trabajo. Conforme la ley lo exija, cuando nuestros socios comerciales trabajen con nosotros, también deberán proteger la privacidad de cualquier PHI que compartamos con ellos y no podrán proporcionar la PHI a terceros, excepto según lo permitido por la ley y por esta notificación. Según lo exija la ley, le haremos saber si se ha producido una violación de su PHI no segura. Seguiremos esta notificación y no usaremos ni divulgaremos su información excepto según se indica en esta notificación, o en cumplimiento de las leyes estatales y federales, o de acuerdo con lo que usted haya autorizado.

III. Modificaciones a esta Notificación de Prácticas de Privacidad

L.A. Care debe respetar la notificación vigente. Tenemos el derecho de modificar esta notificación de prácticas de privacidad en cualquier momento. Las modificaciones que se realicen se aplicarán a toda su PHI, incluida la PHI recibida antes de esas modificaciones. Le informaremos cuando realicemos modificaciones a esta notificación a través de un boletín informativo, una carta o nuestro sitio web. También puede solicitarnos una copia de la nueva notificación; a continuación le indicamos cómo comunicarse con nosotros.

IV. Cómo podemos utilizar y divulgar la PHI sobre usted

L.A. Care recopila, usa o divulga la PHI que recibimos según lo permitido por la ley para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica asociadas con el programa en el que usted está inscrito. La PHI que usamos y divulgamos incluye, a modo de ejemplo:

- nombre;
- dirección;
- fecha de nacimiento;
- atención médica y tratamiento recibidos;
- antecedentes médicos;
- costo/pago de la atención médica;
- raza/origen étnico;
- idioma;
- sexo asignado al nacer;
- identidad de género;
- orientación sexual y
- pronombres.

Maneras en las que solemos utilizar y divulgar la PHI:

Generalmente utilizamos y divulgamos la PHI de las siguientes maneras:

- **Tratamiento:** *No proporcionamos tratamiento*, pero podemos utilizar la PHI y divulgarla a proveedores de atención médica y otros servicios, como médicos, hospitales, proveedores de equipos médicos duraderos y otros proveedores, para ofrecerle atención médica, tratamiento y otros servicios, e información para ayudarle.
- **Pago:** Podemos utilizar la PHI y divulgarla a proveedores de atención médica, proveedores de servicios y otros aseguradores y pagadores para procesar solicitudes de pagos y pagar por los servicios de salud que se le proporcionen a usted.
- **Operaciones relacionadas con la atención médica:** Podemos utilizar y divulgar la PHI para dirigir nuestra organización y para contactarle cuando sea necesario, por ejemplo, para realizar auditorías, mejorar la calidad, administrar la atención médica, coordinar la atención médica y llevar a cabo las funciones cotidianas. También podemos usar la PHI y divulgarla a programas estatales, federales y del condado para fines relacionados con la participación en estos programas y su administración.

Algunos ejemplos de maneras en las que utilizamos la PHI:

- Para proporcionarle información a un médico u hospital a fin de confirmar sus beneficios, copago o deducible.
- Para aprobar la atención médica con anticipación.
- Para procesar y pagar reclamos por tratamientos y servicios de atención médica recibidos por usted.
- Para proporcionarle la PHI a su médico u hospital para que puedan brindarle tratamiento.
- Para revisar la calidad de la atención médica y los servicios que usted recibe.
- Para ayudarle y proporcionarle servicios e información para educarle y ayudarle a mejorar su salud, por ejemplo, respecto de condiciones como la diabetes.
- Para informarle acerca de servicios y programas adicionales que podrían interesarle o ayudarle, como por ejemplo, una clase de entrenamiento físico en un Centro de Recursos Familiares de L.A. Care.

- Para recordarle que debe realizarse evaluaciones de salud, pruebas de detección o chequeos regulares.
- Para desarrollar programas e iniciativas para mejorar la calidad, lo que incluye crear, usar o compartir datos despersonalizados según lo permitido por la HIPAA.
- Para usar y compartir información, directa o indirectamente, con intercambios de información médica, para el tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con la atención médica.
- Para investigar y procesar acciones judiciales, como casos de fraude, derroche o abuso.

V. Otras maneras en las que podemos utilizar y divulgar la PHI

Tenemos permitido o estamos obligados a divulgar su PHI de otras maneras, generalmente para contribuir al bien público, como por ejemplo, por motivos de salud pública y para investigaciones. Podremos usar o divulgar su PHI para los siguientes fines adicionales:

- Para cumplir con las leyes estatales, federales o locales.
- Para cumplir con una solicitud de una agencia a cargo del cumplimiento de la ley, como la policía, las fuerzas militares o la agencia de seguridad nacional, o una agencia u organismo gubernamental federal, estatal o local, como una junta de compensación para trabajadores, o una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, y una orden judicial o administrativa.
- Para responder ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que estemos cumpliendo con la ley de privacidad federal.
- Para ayudar cuando sea necesario retirar un producto del mercado.
- Para informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Para informar en caso de sospecha de abuso, abandono o violencia doméstica, según lo exigido o permitido por la ley.
- Para la investigación de la atención médica.
- Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un forense o el director de una funeraria.
- En relación con quejas, investigaciones, juicios y acciones legales.
- Para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.

VI. Comunicación con usted

Podremos usar la PHI para comunicarnos con usted o con la persona que usted designe en relación con los beneficios, los servicios, la selección de su proveedor de atención médica, la facturación y los pagos. En las comunicaciones que mantenga con usted, L.A. Care cumplirá con las leyes aplicables, incluso la Ley de Protección Telefónica del Consumidor (*Telephone Consumer Protection Act*, TCPA). Podremos comunicarnos con usted a través de cartas, boletines informativos, panfletos, y de la siguiente manera:

- **Llamadas telefónicas.** Si usted nos ha proporcionado su número de teléfono (incluso si un tutor o una persona designada ha proporcionado su número de teléfono), lo cual incluye su número de teléfono celular, entonces nosotros, como así también nuestras afiliadas y subcontratistas en nuestro nombre, podremos llamarle, incluso mediante un sistema de discado telefónico automático o una voz artificial conforme a las leyes aplicables. Es posible que su compañía de telefonía celular le cobre por recibir llamadas; comuníquese con ellos para averiguar esta información. Si no desea que le contacten de esta forma, infórmeles a la persona que le llame o comuníquese con nosotros para que le agreguemos a nuestra lista de personas que no debemos llamar (Do Not Call List).
- **Mensajes de texto.** Si nos proporcionó su número de teléfono celular (incluso si un tutor o una persona designada ha proporcionado su número de teléfono), entonces para determinados fines, como recordatorios, opciones de tratamiento, servicios, y recordatorios o confirmaciones de pagos de primas, nosotros, como así también nuestras afiliadas y subcontratistas en nuestro nombre, podremos enviarle mensajes de texto conforme a las leyes aplicables. Es posible que su compañía de telefonía celular le cobre por recibir mensajes de texto; comuníquese con ellos para averiguar esta información. Si en algún momento no desea recibir mensajes de texto, siga la información para cancelar la suscripción (Unsubscribe) que aparecerá en el mensaje, o responda “PARAR” (STOP) para dejar de recibir mensajes.
- **Correos electrónicos.** Si nos proporcionó su dirección de correo electrónico (incluso si un tutor o una persona designada ha proporcionado su dirección de correo electrónico), podremos enviarle correos electrónicos para algunos fines limitados, como enviarle materiales educativos, de inscripción, para miembros y de proveedores, o recordatorios o confirmaciones de pagos, siempre que usted acepte recibir estos materiales electrónicamente.

Es posible que su proveedor de servicios de Internet, de correo electrónico o de telefonía celular le cobre por recibir correos electrónicos; comuníquese con su proveedor para averiguar esta información. Usted reconoce y acepta que si usa una computadora o una dirección de correo electrónico no encriptada, o accede a sus correos electrónicos a través de un dispositivo móvil, o comparte un correo electrónico, una computadora o un teléfono celular, existe un riesgo de que su PHI pueda ser leída por un tercero, y usted acepta dichos riesgos y renuncia a cualquier protección que pueda tener conforme a cualquier legislación. Si en algún momento no desea recibir mensajes de correo electrónico, siga las instrucciones para “cancelar la suscripción” (Unsubscribe) que aparecerán en la parte inferior del mensaje, para dejar de recibir comunicaciones por correo electrónico.

VII. Permiso por escrito

Si deseamos utilizar o divulgar su PHI para cualquier fin que no se haya mencionado en esta notificación, obtendremos su permiso por escrito. Por ejemplo, para poder utilizar o divulgar su PHI con fines de comercialización o venta, necesitamos su permiso por escrito. Si utilizamos o divulgamos anotaciones de sesiones de psicoterapia, es posible que también necesitemos su permiso. Si nos otorga su permiso, podrá retirarlo por escrito en cualquier momento, y no utilizaremos ni divulgaremos su PHI para ese fin después de la fecha en que procesemos su solicitud. Pero si ya utilizamos o divulgamos su PHI con su permiso, es posible que no podamos deshacer una acción realizada antes de que usted cancelara su permiso.

VIII. Sus derechos

Usted tiene ciertos derechos en relación con su PHI y cómo puede utilizarse o divulgarse. Usted tiene los siguientes derechos:

- **Derecho a obtener una copia de los expedientes médicos y registros de reclamos.** Usted puede pedir ver o recibir una copia de su PHI. Proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y registros de reclamos. Es posible que haya información y registros que no podamos divulgar según lo permitido por la ley, o que no podamos proporcionar determinada información en algunos formatos, formas o medios. Quizás cobremos una tarifa razonable por copiar su PHI y enviarla por correo.

L.A. Care no tiene una copia completa de sus expedientes médicos. Le pedimos que se comuniqué con su proveedor de atención médica si desea ver sus expedientes médicos, recibir una copia o corregir un error.

- **Derecho a pedirnos que corrijamos los expedientes médicos y los registros de reclamos.** Si cree que hay un error en su PHI, puede solicitarnos que la corrijamos. Es posible que haya determinada información que no podamos cambiar, como el diagnóstico de un médico, y se lo informaremos por escrito. Si un tercero, como su médico, nos proporcionó la información, se lo informaremos a usted para que pueda pedirle a esa persona que la corrija.
- **Derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted confidencialmente.** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, llamando a su teléfono particular o laboral) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente. No todos los pedidos pueden satisfacerse, pero aceptaremos los que sean razonables.
- **Derecho a pedirnos que limitemos la información que utilizamos o divulgamos.** Puede pedirnos que no utilicemos o divulguemos determinada información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. Conforme a lo exigido por la ley, no estamos obligados a satisfacer su pedido y podemos decir que “no” si esto afectaría su atención médica, el pago de reclamos u operaciones fundamentales, o no cumpliría con las reglas, las reglamentaciones o con lo solicitado por una agencia gubernamental o una agencia a cargo del cumplimiento de la ley, o con una orden judicial o administrativa.

- **Derecho a recibir una lista de los terceros a los que hemos divulgado su PHI.** Puede pedirnos una lista (resumen) de las veces en que hemos divulgado su información médica, a quién la divulgamos y una breve descripción del motivo. Le proporcionaremos la lista correspondiente al período que usted solicite. Conforme a lo exigido por la ley, le proporcionaremos la lista correspondiente a un máximo de seis (6) años antes de la fecha de su pedido por escrito. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con la atención médica, y otras divulgaciones específicas, como cuando compartimos la información con usted o con su permiso. Le proporcionaremos un resumen gratis por año, pero es posible que cobremos una tarifa razonable por cualquier pedido adicional.
- **Derecho a obtener una copia de esta notificación de privacidad.** Puede llamarnos para recibir una copia impresa de esta notificación.
- **Derecho a elegir a alguien para que actúe en su nombre.** Si le ha otorgado a alguien un poder legal médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones vinculadas con su PHI. Es posible que solicitemos que usted o la persona que usted designe nos proporcionen cierta información y documentación, como una copia de la orden judicial que otorga la tutela. Usted o su tutor tendrán que completar una autorización por escrito; le pedimos que se comunique con nosotros al número detallado a continuación para averiguar cómo hacerlo.

IX. Servicios confidenciales

Un miembro que pueda dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales no está obligado a obtener la autorización de otro miembro para recibir servicios confidenciales o para presentar un reclamo de servicios confidenciales. L.A. Care remitirá las comunicaciones acerca de servicios confidenciales a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono alternativos designados por el miembro o, si no designó ninguno, a nombre del miembro a la dirección o el número de teléfono registrados. L.A. Care no debe divulgar la información médica relacionada con servicios confidenciales a ningún otro miembro sin la autorización expresa por escrito del miembro que reciba la atención médica. L.A. Care aceptará los pedidos de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados (si la información puede brindarse en la forma y el formato solicitados), o en lugares alternativos. Un pedido de comunicación confidencial relacionado con servicios confidenciales de un miembro será válido hasta que el miembro revoque el pedido o envíe un nuevo pedido de comunicación confidencial.

Por favor, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación, o escríbanos para averiguar cómo solicitar lo antes detallado. Tendrá que presentar una solicitud por escrito y brindarnos cierta información. Podemos enviarle el (los) formulario(s).

X. Quejas

Si cree que no hemos protegido su PHI, tiene derecho a presentarnos una queja por correo o por teléfono:

Servicios para los Miembros de L.A. Care
1200 West 7th Street,
Los Angeles, CA 90017
Teléfono: **1.888.839.9909**
TTY/TDD: **711**

También puede comunicarse con:

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.

Los miembros de Medi-Cal también pueden comunicarse con:

Oficina de Cumplimiento con la HIPAA del Departamento de Servicios de Salud de California visitando **dhcs.ca.gov**.

XI. Ejercer sus derechos sin temor

L.A. Care no tomará ninguna medida en su contra por ejercer los derechos de privacidad detallados en esta notificación o por presentar una queja.

XII. Fecha de entrada en vigor

La fecha de entrada en vigor original de esta notificación es el 14 de abril de 2003. Esta notificación se revisó por última vez el 11/01/22.

XIII. Para comunicarse con nosotros, hacer preguntas o solicitar esta notificación en otro idioma o formato:

Si tiene preguntas sobre esta notificación, si desea solicitar ayuda para que se apliquen sus derechos o si desea recibir esta notificación en otro idioma principal (árabe, armenio, chino, coreano, español, jemer, persa, ruso, tagalo o vietnamita), letra grande, audio u otro formato alternativo (mediante solicitud) sin costo para usted, llámenos o escribanos:

Servicios para los Miembros de L.A. Care
1200 West 7th Street,
Los Angeles, CA 90017
Teléfono: **1.888.839.9909**
TTY/TDD: **711**

o

L.A. Care Privacy Officer
L.A. Care Health Plan
1200 West 7th Street,
Los Angeles, CA 90017
Teléfono: **1.888.839.9909**
TTY/TDD: **711**
Correo electrónico: **PrivacyOfficer@lacare.org**