



## **Aviso sobre prácticas de privacidad (NPP)**

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

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA DETENIDAMENTE.**

#### **SUS DERECHOS**

---

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

#### **Obtener una copia de su registro médico electrónico o en papel**

- Puede solicitar ver o recibir una copia en papel o electrónica de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de recibido su pedido. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos.

#### **Corregir su registro médico electrónico o en papel**

- Puede solicitarnos que corrijamos su información de salud que usted crea que es incorrecta o que está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos negarnos a su pedido, pero le daremos las razones dentro de los 60 días.

#### **Pedir comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted en un modo específico (por ejemplo, teléfono de la casa u oficina) o que le enviemos un correo postal a una dirección diferente.

### **Pedir que limitemos la información que compartimos**

- Puede pedirnos no usar o compartir cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- Estamos obligados a acceder a su pedido y podemos negarnos si esto pudiese afectar su atención o por otras razones.
- Si usted paga por un servicio o por atención de la salud en efectivo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esta información con el objetivo de pago o nuestras operaciones ante su aseguradora de salud.

### **Obtener una lista de aquellos con quienes compartimos su información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años previos a la fecha en que lo solicita, a quiénes se la compartimos y los motivos para hacerlo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas acerca de su tratamiento, los pagos y las operaciones de atención de salud, además de otras divulgaciones (como cualquiera que nos solicite que hagamos). Le proporcionaremos un informe por año de manera gratuita, pero es posible que carguemos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro informe en un plazo de 12 meses.

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

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proveeremos una copia en papel oportunamente.

### **Elegir a alguien que actúe por usted**

- Si le otorgó a alguien un poder notarial de representación médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y actúe por usted antes de tomar una medida.

### **Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados**

- Puede presentar una queja si siente que han violado sus derechos. Puede presentar una queja ante el Departamento de privacidad al (210) 938-4907, el número gratuito (866) 432-4318 o por correo electrónico a [privacyoffice@heb.com](mailto:privacyoffice@heb.com).
  - Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., debe enviar una carta a 200 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20201, llamar al 1- 877-696-6775 o visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
  - No tomaremos medidas en su contra si presenta una queja.
-

## SUS ELECCIONES

---

Para cierta información de salud, puede preguntarnos sus opciones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara en cuanto a cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones siempre que sea posible.

### **En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en su atención;
- Compartamos información en una situación de desastre;
- Incluyamos su información en un directorio de hospitales, pero, Magenta Health no crea o administra un directorio de hospitales;
- Nos comuniquemos con usted en caso de actividades de recaudación de fondos.

Si no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo si está inconsciente, podemos proseguir y compartir su información si creemos que es por su bien. Además podemos compartir su información cuando sea necesario para aliviar una amenaza inminente o grave a su salud o seguridad.

### **En estos casos, nunca compartiremos su información, a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- **Comercialización:** Solamente podemos usar y divulgar su información de salud con fines de comercialización si contamos con su autorización por escrito, a menos que se trate de una comunicación personal que tengamos con usted o un regalo promocional de valor nominal que nosotros le entreguemos.

---

## NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

---

¿De qué manera generalmente usamos o compartimos su información de salud? Generalmente usamos o compartimos su información de salud en las siguientes maneras:

### **Lo tratamos**

- Podemos usar su información de salud y la compartimos con otros profesionales que lo están tratando.
  - Ejemplo: un proveedor de atención de la salud analiza su tratamiento con un tercero o proporciona su información a un tercero con fines de llevar a cabo un tratamiento.

- Ejemplo: un farmacéutico debe surtir sus medicamentos y, para ello, le pide a su médico la receta.

### **Dirigimos una organización**

- Podemos usar y compartir su información de salud para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
  - Ejemplo: usamos su información de salud para administrar su tratamiento y los servicios que le brindamos.
  - Ejemplo: accedemos a su información de salud para asegurarnos de que nuestro personal esté haciendo todo bien.
  - Ejemplo: el farmacéutico se comunica con usted para hablarle de ciertos productos relacionados con la salud o servicios que ofrecemos.

### **Facturamos por sus servicios**

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturarle y para recibir el pago de sus planes de salud o de otras entidades.
  - Ejemplo: damos información sobre usted a su aseguradora para que pague por los servicios que se le ofrecen.
- ¿De qué otra manera usamos o compartimos su información de salud? Tenemos permitido o debemos compartir su información de otros modos, generalmente en modos que contribuyan al bienestar público, tal como investigaciones y salud pública. Debemos cumplir con todas las disposiciones de la ley antes de que podamos compartir su información con estos fines. Para obtener más información consulte:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Le informamos sobre otros servicios relacionados con la atención de salud**

- Podemos usar su información de salud para hacerle saber de otros productos o servicios de atención de la salud, tal como dietistas registrados, clases para pérdida de peso u otras clases, estado de la enfermedad o clases de educación. Esto es solamente para brindarle información. Ya que esto se relaciona con intercambio de información sobre servicios de atención de la salud, su información no será compartida con otros proveedores de atención de la salud o servicios de atención de la salud que no lo estén tratando sin su consentimiento.
- Si no quiere que nos comuniquemos con usted, puede cancelar el servicio llamando al 1-210-938-4907, al número gratuito 1-866-432-4318 o escribiéndonos a [privacyoffice@heb.com](mailto:privacyoffice@heb.com).

### **Lo ayudamos con temas de seguridad y salud pública**

- Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:
  - Prevención de enfermedades;
  - Ayuda en caso de retiradas de productos;
  - Informe sobre reacciones adversas a medicamentos o tratamientos;
  - Denuncia de sospecha de abuso, abandono de persona o violencia doméstica;

- Prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona.

### **Realizamos investigaciones**

Podemos usar o compartir su información no identificable para investigaciones de salud

### **Cumplimos con la ley**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo ante el Departamento de Servicios Humanos y Salud si desea ver que cumplimos con la ley federal de privacidad.

### **Respondemos a pedidos sobre donación de tejidos y de órganos**

- Podemos compartir información sobre usted con organizaciones de procuración de órganos.

### **Trabajamos con examinadores médicos o directores funerales**

- Si una persona fallece, podemos compartir su información de salud con un médico forense, un perito o una funeraria.

### **Nos encargamos de pedidos de compensación para el trabajador, cumplimiento de la ley y otros temas gubernamentales**

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
  - En caso de reclamaciones de compensación para trabajadores;
  - Para casos de cumplimiento de la ley o ante un oficial de cumplimiento de la ley;
  - Ante agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley;
  - Para funciones especiales del gobierno, tal como servicio militar, seguridad nacional o de protección presidencial.

### **Respondemos a acciones legales y juicios**

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

---

<b>NUESTRAS RESPONSABILIDADES</b>
-----------------------------------

---

- Por ley estamos obligados a mantener la privacidad y la seguridad de la información de salud protegida.
- Cuando una ley estatal nos requiere que imponamos estándares más estrictos para proteger la

información de salud, seguiremos la ley estatal además de las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

- Le informaremos oportunamente si ocurre un incumplimiento absoluto que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los derechos y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregar una copia del mismo (si se solicita).
- No usaremos o compartiremos su información que no sea la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de idea cuando lo desee. Solo infórmenos por escrito si cambia de idea.

Para más información consulte:

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

---

<b>CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO</b>
--

---

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Para más información o para denunciar un problema

Si tiene preguntas o desea recibir información adicional, comuníquese con:

**Departamento de Privacidad | 646 S. Flores | San Antonio, Texas, 78204 | (210) 938-4907 | Fax: 210.938.4933**

Fecha de entrada en vigor de este aviso: 13 de abril del 2020