



Mensaje de
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN (IEHP)

Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003

Fecha de modificación: 16 de febrero de 2026

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN LA QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER USADA Y REVELADA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO DETENIDAMENTE.

IEHP le ofrece atención médica mediante programas federales, estatales y comerciales. Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Y debemos proporcionarle este aviso que indica cómo podemos usar y compartir su información, y cuáles son sus derechos.

Para cierta información médica, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene preferencias claras sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, indíquenos qué desea que hagamos.

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención médica.
- Compartir información en una situación de ayuda en caso de catástrofes.
- Comunicarnos con usted en relación con iniciativas de recaudación de fondos.

Si no puede comunicarnos sus preferencias, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.

Nunca compartimos su información con fines de mercadotecnia ni venta de información, a menos que nos dé su permiso por escrito.

Su información es personal y privada.

Recibimos información sobre usted por parte de las dependencias federales, estatales y locales después de ser elegible e inscribirse en nuestro plan de salud. También recibimos información médica de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para autorizar y pagar su atención médica.

CAMBIOS AL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

IEHP debe cumplir el aviso actualmente vigente. Nos reservamos el derecho de poner en vigor cualquier aviso modificado o con cambios para los efectos de la información que ya tenemos y la información que recibamos en el futuro. Si realizamos cambios, modificaremos este aviso y se lo enviaremos de inmediato.

Cómo podemos usar y compartir información sobre usted

IEHP puede usar o compartir su información solo para efectos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica relacionados con el programa en particular en el que se haya inscrito, según lo permitido por la HIPAA y otras leyes aplicables. La información que utilizamos y compartimos incluye, entre otros:

. La información que usamos y compartimos incluye, entre otra:

- Su nombre;
- Domicilio;
- Datos personales;
- Atención médica que se le ha brindado;
- Su historia clínica, y
- Otra información como raza/etnia, idioma, identidad de género y orientación sexual.

Algunas acciones que realizamos cuando actuamos como su plan de salud incluyen:

- Verificar su elegibilidad, su inscripción y el número de tratamientos médicos que puede recibir.
- Aprobar proporcionar y pagar servicios de atención médica.
- Investigar o procesar casos (como fraudes).
- Verificar la calidad de la atención médica que recibe.
- Coordinar la atención que recibe

Algunos ejemplos de los motivos por los cuales compartiríamos su información con otras personas involucradas en su atención médica:

1. **Para el tratamiento:** es posible que necesite tratamiento médico que requiera que autoricemos la atención de manera anticipada. Compartiremos la información con los médicos, hospitales y otras personas para que reciba la atención que necesite.
2. **Para el pago:** IEHP revisa, autoriza y paga las quejas de atención médica que nos envían para los efectos de su atención médica. Cuando lo hacemos, compartimos información con los médicos, las clínicas y otras personas que nos facturan por su atención. Y es posible que remitamos las facturas a otros planes de salud u organizaciones para su pago.
3. **Para operaciones de atención médica:** es posible que usemos la información incluida en su registro médico para evaluar la calidad de la atención médica que recibe. También es posible que usemos esta información en auditorías, investigaciones de fraudes y abusos, planificación y cuestiones generales de administración.
4. **Para actividades de salud pública:** podemos divulgar su información médica protegida para actividades de salud pública, investigación, fines informativos y según lo exija la ley.

También podríamos comunicarnos con usted para brindarle información sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, como los programas de educación sobre la salud y el manejo de algunos problemas de salud.

Otros usos de su información médica

1. En ocasiones, un tribunal nos ordena proporcionarle su información médica. También proporcionamos información a un tribunal, investigador o abogado si está relacionada con la operación de alguno de los otros programas. Esto puede incluir fraudes o acciones encaminadas a recuperar dinero de otras personas, cuando la entidad federal, estatal o comercial o IEHP pagó sus reclamaciones médicas.
2. Usted o su médico, el hospital u otro proveedor de atención médica puede apelar las decisiones que se tomen en relación con sus quejas de atención médica. Su información médica puede usarse para tomar esas decisiones sobre la apelación.

3. También podemos compartir su información médica con dependencias y organizaciones que verifican la forma en la que nuestro plan de salud otorga los servicios.
4. Debemos compartir su información médica con el gobierno federal cuando este verifique la manera en la que cumplimos las normas en materia de privacidad.
5. Los registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias recibidos de programas sujetos a la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (*Part 2 of Title 42 of the Code of Federal Regulations, CFR*), o el testimonio que transmita el contenido de dichos registros, no podrán ser utilizados ni divulgados en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos contra el individuo, a menos que se basen en un consentimiento por escrito o en una orden judicial emitida después de haberse notificado al individuo o al titular del registro y de haberseles brindado la oportunidad de ser escuchados, tal como se estipula en la Parte 2 del 42 CFR. Toda orden judicial que autorice el uso o la divulgación deberá estar acompañada de una citación u otro requerimiento legal que obligue a la divulgación, antes de que el registro solicitado sea utilizado o divulgado.
6. Podremos compartir su información de salud, si dicha información fue recibida de un programa sujeto a la Parte 2 con el consentimiento por escrito del paciente para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica — en la medida en que lo permitan las regulaciones de la HIPAA.

Cuando se necesita autorización por escrito

Si necesitamos usar su información para cualquier propósito que no se haya mencionado anteriormente, debemos obtener su autorización por escrito. Si nos concede su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

Usted tiene derecho a solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de atención médica para tratamientos, pagos u operaciones. Es posible que no podamos aceptar su solicitud.

Usted tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted únicamente por escrito a un domicilio o apartado postal diferente, o por teléfono. Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos informa que estaría en peligro si no lo hiciéramos.

Usted y su representante personal tienen derecho a inspeccionar y obtener una copia impresa o electrónica de sus registros médicos y de reclamaciones, así como de otra información médica que tengamos sobre usted. Se le enviará un formulario para que lo llene y es posible que se le cobre una tarifa por los costos de copiar y enviar por correo los registros. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, normalmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. (Es posible que le impidamos ver ciertas partes de su expediente por motivos permitidos por la ley.)

Usted tiene derecho a pedir que se hagan cambios a la información de su expediente si no es correcta o está incompleta. Podemos rechazar su solicitud, pero le comunicaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días. Es posible que rechacemos su solicitud si:

- La información no fue creada o no está resguardada por IEHP, o
- Consideramos que es correcta y está completa.

Si no realizamos los cambios que usted pida, puede pedir que revisemos nuestra decisión. También puede enviar una declaración en la que indique el motivo por el cual no está de acuerdo con nuestros registros, y su declaración se guardará junto con su expediente.

Usted tiene derecho a que se le notifique si se produce una violación sobre su información médica protegida no asegurada en caso de que sea afectado por esa violación.

Usted tiene derecho a impedir a IEHP ciertas divulgaciones de la información médica protegida cuando usted u otra persona en su nombre pague la totalidad del artículo o servicio de atención médica.

Usted tiene derecho a solicitar una lista (informe) de las ocasiones en las que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué motivo. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones específicas. Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses.

###

IMPORTANTE

IEHP NO DISPONE DE COPIAS COMPLETAS DE SU EXPEDIENTE MÉDICO. SI DESEA VER, OBTENER UNA COPIA O CAMBIAR SU EXPEDIENTE MÉDICO, COMUNÍQUESE CON SU MÉDICO O CLÍNICA.

Cuando compartamos su información médica, tiene derecho a solicitar una lista que incluya:

- Con quién compartimos la información;
- Cuándo la compartimos;
- Por qué motivos se compartió, y
- Qué información se compartió.

Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso de forma electrónica. También puede encontrar este aviso en nuestro sitio web: www.iehp.org.

Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

¿Cómo puede comunicarse con nosotros para ejercer sus derechos?

Si desea ejercer alguno de los derechos de privacidad que se describen en este aviso, escríbanos a:

IEHP Compliance Officer
INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729
Correo electrónico: compliance@iehp.org

O puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP:
Miembros de Medi-Cal 1-800-440-IEHP (4347)
Miembros de Dual Choice 1-877-273-4347
Miembros de Covered California 1-855-538-4347
Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347.

Quejas

Si considera que no hemos protegido su privacidad y desea expresar su inconformidad, puede presentar una queja por escrito a:

INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729

O puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP:
Miembros de Medi-cal 1-800-440-IEHP (4347)
Miembros de Dual Choice 1-877-273-4347
Miembros de Covered California 1-855-538-4347
Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347.

O bien, puede comunicarse con las siguientes dependencias:

Privacy Office

Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue

P.O. Box 997413, MS 0010

Sacramento, CA 95899-7413

Correo electrónico:

DHCSPrivacyOfficer@dhcs.ca.gov

Teléfono: (916) 445-4646

Línea gratuita: (866) 866-0602

Fax: (916) 327-4556

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights

Attention: Regional Manager

90 Seventh St.; Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Centro de Atención al Cliente: (800) 368-1019

Fax: (202) 619-3818

TDD: (800) 537-7697

Puede ejercer sus derechos sin temor a represalias

IEHP no puede retirarles sus beneficios de atención médica ni hacer algo que le perjudique de forma alguna si decide presentar una queja o ejercer alguno de los derechos de privacidad descritos en este aviso.

IEHP siempre se ha comprometido a proteger la privacidad de los miembros y a mantener la confidencialidad de su información personal y médica en todos los entornos, de conformidad con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*) y todas las demás leyes federales y estatales. Todos los empleados de IEHP están obligados a recibir formación y capacitación en el momento de su contratación, y posteriormente cada año, sobre las formas de evitar que personas ajenas al sistema de prestación de servicios de atención médica vean o comenten su información médica. Tenemos y aplicamos políticas de restricción de visitas y acceso a las instalaciones de IEHP. Los expedientes electrónicos están protegidos mediante salvaguardas administrativas, físicas y técnicas. Nuestros asociados están obligados a contar con las mismas medidas de protección de privacidad que IEHP ha implementado.

Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea obtener más información, comuníquese con el encargado de privacidad de IEHP (*Compliance Officer*) al teléfono y en el domicilio que se indican en la página 5.