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: 1 de enero de 2025

ESTE AVISO DESCRIBE LAFORMA EN LA QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER USADA Y REVELADA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. 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 de las dependencias federales, estatales y locales después de que usted se vuelve elegible y se inscribe 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. 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.
- Autorizar, 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 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.

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 de la información médica protegida no asegurada en caso de que se vea 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

Ejerza sus derechos sin temor

IEHP no puede retirarle sus beneficios de atención médica ni hacer nada 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 de negocios están obligados a contar con las mismas medidas de protección de la privacidad que IEHP ha implementado.

Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea obtener más información, comuníquese con el director de privacidad de IEHP (*Privacy Office*) al teléfono y en el domicilio que se indican en la página 4-5.