

# Aviso de prácticas de privacidad de CountyCare

**ESTE AVISO LE INFORMA CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA POR SU PLAN MÉDICO. TAMBIÉN DESCRIBE CÓMO PUEDE ACCEDER A SU PROPIA INFORMACIÓN MÉDICA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

## ¿Qué es este documento?

Este documento, llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, le informa de cómo CountyCare (“nosotros”) puede usar y compartir su información médica e información demográfica, incluyendo, entre otros, su raza, etnia, idioma u orientación sexual. Este aviso también describe sus derechos para acceder a su información y nuestras responsabilidades para protegerla. Debemos mantener su información médica privada y segura.

## ¿Qué es información médica?

“Información médica” significa cualquier información relacionada con su atención médica que lo identifique. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, su nombre, fecha de nacimiento, detalles sobre la atención médica que recibió o los montos pagados por su atención.

## ¿Por qué se me entrega este aviso?

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y darle información sobre cómo la usamos y compartimos. También estamos obligados por ley a darle este aviso. Estas leyes estatales y federales refuerzan nuestro compromiso con usted, como miembro, de mantener y proteger cuidadosamente su confidencialidad. Aunque no es información médica, también aplicamos la misma privacidad y protección a su información demográfica, como raza, etnia, idioma y orientación sexual.

No usaremos ni compartiremos su información salvo como se describe aquí, a menos que usted nos dé su permiso por escrito. Su información demográfica no se utilizará para negar servicios, cobertura o beneficios. Si nos da permiso para compartir su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

## ¿Quién cumple este aviso?

Todos los empleados, contratistas, consultores, proveedores, voluntarios y otros profesionales y organizaciones médicas que trabajan con CountyCare cumplen este aviso.

## Cómo podemos usar o compartir su información médica y demográfica

**Para gestionar su tratamiento de atención médica.** Usaremos y compartiremos su información para ayudar con su atención médica.

**Por ejemplo:** Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

**Por ejemplo:** Podemos compartir su información demográfica y médica (como su idioma preferido) con una agencia de servicios que organiza servicios de vivienda de apoyo para la atención médica.

**Para operaciones de atención médica.** Usaremos y compartiremos su información médica para hacer nuestro trabajo y evaluar cómo lo estamos haciendo. Podemos comunicarnos con usted cuando sea necesario, o si usted aceptó ser contactado.

**Por ejemplo:** Utilizaremos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted o para asegurarnos de que está recibiendo un buen servicio.

**Por ejemplo:** Enviamos datos relacionados con su información médica al estado de Illinois para demostrar que estamos cumpliendo nuestro contrato.

**Para pagar sus servicios médicos.** Podemos usar y compartir su información médica mientras pagamos por sus servicios médicos.

**Por ejemplo:** Compartimos información sobre usted con su plan de medicamentos con receta para coordinar el pago de sus recetas.

**Para administrar su plan.** Podemos compartir su información médica con otras empresas que tienen contrato con CountyCare para la administración del plan.

**Por ejemplo:** Compartiremos su información con una empresa de transporte para asegurarnos de que llegue a sus citas.

**Con asociados comerciales.** Podemos compartir su información médica con otra empresa, llamada asociado comercial, que contratamos para dar un servicio a nosotros o en nuestro nombre. Solo compartiremos su información si el socio comercial ha acordado por escrito mantener la información demográfica y médica privada y segura.

## **Cómo podemos usar o compartir su información médica y demográfica con su permiso**

Usted puede decidir cómo usamos y compartimos su información en las situaciones que se describen abajo.

Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. Si no puede indicarnos su preferencia, podríamos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

**Con personas involucradas en el pago de su atención.** Podemos compartir su información médica con sus familiares, amigos u otra persona que usted nos indique que participa en su atención médica o que ayuda a pagarla. Usted tiene derecho a pedirnos que no compartamos su información con ciertas personas, pero debe informarnos. En una situación de emergencia u otra circunstancia en la que no pueda decirnos su preferencia, podríamos compartir parte de su información con familiares, amigos u otras personas si creemos que es lo mejor para usted.

**Para compartir información sobre beneficios relacionados con la salud, servicios y alternativas de tratamiento.** Podemos informarle sobre servicios médicos, productos, tratamientos posibles o alternativas disponibles para usted. Podemos darle esta información mediante boletines generales, en persona o a través de productos o servicios de valor nominal.

Podemos compartir su información médica con un asociado comercial que nos ayude con estas actividades. Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico o mensaje de texto para recordatorios de citas, encuestas para miembros, beneficios de programas de bienestar u otras comunicaciones generales y contenido relacionado con la atención médica si usted nos ha dado su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil. Podríamos contactarlo por llamada telefónica, correo electrónico o mensaje de texto si ha dado esos medios de contacto. Usted puede comunicarse con nosotros para pedir específicamente que no lo contactemos por alguno de esos medios. No podemos vender su información médica sin su permiso por escrito.

**Con padres y tutores legales de menores.** Podemos revelar información médica sobre niños menores a sus padres o tutores legales, a menos que dicha revelación esté prohibida por la ley. Si un menor está emancipado, casado, embarazada o tiene un hijo, no compartiremos su información con sus padres o tutores legales sin el permiso del menor. Si un menor está recibiendo atención para ciertas condiciones delicadas, como VIH/SIDA, problemas de salud mental, atención reproductiva y otras, no revelaremos esta información a sus padres o tutores legales sin su permiso o a menos que la ley lo exija o lo permita.

**Para hacer investigaciones.** Podemos usar y revelar su información médica con fines de investigación. Sin embargo, la mayoría de los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial y requieren su permiso si un investigador participará en su atención o tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que lo identifique. La ley permite que cierta investigación se haga usando su información médica sin requerir su autorización.

## Cómo debemos compartir su información médica

También debemos compartir su información en situaciones que contribuyen al bien o la seguridad pública, o si la ley nos exige compartirla. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de compartir su información para estos fines.

**Salud y seguridad pública.** Podemos compartir su información médica por razones de salud y de seguridad pública.

Por ejemplo:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Para reportar nacimientos y defunciones;
- Para reportar abuso o negligencia infantil;
- Para ayudar a reportar información a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) sobre productos que supervisa;
- Para reportar reacciones adversas a medicamentos;
- Para informarle de que pudo haber estado expuesto a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; o
- A su empleador en ciertos casos limitados.

**Con organismos del orden público.** Compartiremos su información médica si así lo requiere la ley federal, estatal o local, o los tribunales.

Por ejemplo:

- Para responder a una orden judicial, orden de arresto, citación u otro proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida; o
- Para obtener información sobre una víctima de un delito, real o presunta.

Podemos compartir información con un agente del orden público:

- Si creemos que una muerte fue el resultado de un delito;
- Para reportar delitos cometidos en nuestra propiedad; o
- En caso de emergencia.

**Como parte de procedimientos legales.** Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o una citación. Solo compartiremos la información especificada en la orden. Si recibimos otras solicitudes legales, podemos compartir su información médica si nos informan de que usted está al tanto y no se opone a la revelación.

**Durante una investigación.** Compartiremos su información con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) si la solicita como parte de una investigación sobre una violación de privacidad. Según estas leyes, debemos entregarle los registros sobre usted que solicite. En ciertas circunstancias limitadas, se nos permite retener parte de la información.

**Funciones gubernamentales especiales.** Podemos compartir su información médica con:

- Funcionarios federales autorizados;
- Las autoridades de comando de las fuerzas armadas o las agencias federales para ver si usted es apto para el servicio militar, elegible para los beneficios médicos para veteranos o médicaamente apto para recibir una autorización de seguridad;
- Con fines de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional; y
- Para proteger al Presidente de los Estados Unidos.

**Abuso y negligencia.** Es posible que tengamos que compartir su información para reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica a agencias estatales y federales. Lo más probable es que se le informe cuando compartamos esta información con dichas agencias.

**Para asistencia en casos de desastre.** Podemos compartir su información médica en situaciones de asistencia por desastre.

**Prevenir una amenaza grave a la seguridad.** Podemos usar y compartir su información médica para prevenir o reducir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.

**Con forenses, médicos legistas y directores de funerarias.** Podemos compartir información médica con un forense o médico legista para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos compartir información médica con directores de funerarias si la necesitan para hacer su trabajo.

**Actividades de supervisión en salud.** Ciertas agencias médicas supervisan los sistemas de atención médica y los programas gubernamentales para asegurarse de que se cumplan las leyes de derechos civiles. Podemos compartir su información con estas agencias para esos fines.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos revelar información médica a las organizaciones encargadas de obtener, transportar o trasplantar un órgano, ojo o tejido.

**Compensación laboral.** Podemos compartir su información médica con agencias o personas para cumplir con las leyes de compensación laboral u otros programas similares.

## Cómo protegemos el uso de su información

**Cómo mantenemos su información segura.** Tomamos medidas para proteger su información demográfica y médica y mantenerla privada. Utilizamos medidas de seguridad físicas y electrónicas para proteger su información médica, incluyendo sistemas informáticos seguros, controles de acceso y contraseñas, políticas de restricción de uso y mínimo necesario para los empleados, y capacitación obligatoria para empleados y proveedores.

## Sus derechos con respecto a su información médica y demográfica

**Usted tiene derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a pedirnos que limitemos las formas en que usamos y compartimos su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Estamos obligados a aceptar su solicitud si la revelación es con el propósito de hacer un pago o para operaciones de atención médica y no es requerida de otra manera por ley. También debemos aceptar su solicitud si la información médica se refiere únicamente a un servicio o artículo de atención médica que usted o una persona ajena a su plan médico ha pagado en su totalidad en su nombre. También puede solicitarnos que limitemos la información que usamos o compartimos con sus familiares, amigos o cualquier otra persona que, según usted, esté involucrada en su atención médica o ayude a pagarla.

Debe enviarnos su solicitud por escrito, firmada y con fecha. Debe describir la información que quiere limitar e indicarnos quién no debe recibir esta información. Debe enviar su solicitud escrita al plan médico de CountyCare, Attention: Compliance, 1950 W. Polk St., Suite 9217, Chicago, IL 60612. Le informaremos si aceptamos o no su solicitud.

Si la aceptamos, la cumpliremos, a menos que la información sea necesaria para tratarle en una emergencia.

**Tiene derecho a obtener una copia de su conjunto de registros designado.** Usted tiene derecho a leer o recibir una copia del conjunto de registros designado que tenemos sobre usted.

Para revisar y obtener copias de esta información, debe hacer una solicitud por escrito. Le entregaremos una copia o un resumen del conjunto de registros designado dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Si solicita una copia de su conjunto de registros designado, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, envío u otras actividades asociadas con su solicitud.

**Usted tiene derecho a solicitar cambios.** Puede pedirnos que modifiquemos su información médica, demográfica o el registro de pagos si cree que contiene errores o está incompleto. Debe enviarnos una solicitud por escrito e incluir la razón por la que quiere el cambio. No estamos obligados a aceptar la modificación solicitada. Si no aceptamos el cambio, le informaremos por escrito dentro de los 60 días. Luego puede enviar otra solicitud si no está de acuerdo con nosotros. Dicha declaración se adjuntará a la información que usted quería corregir.

**Usted tiene derecho a solicitar comunicación confidencial.** Puede pedirnos que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina), o que le envíemos correspondencia a una dirección distinta. Consideraremos todas las solicitudes razonables. Estamos obligados a aceptar su solicitud si usted nos dice que su seguridad estaría en peligro si no lo hacemos.

**Usted tiene derecho a un informe de las revelaciones.** Usted tiene derecho a hacer una solicitud por escrito para obtener una lista de las veces que hemos compartido su información médica en los últimos seis años. La lista incluirá con quién la compartimos, la fecha y el motivo. Incluirímos todas las revelaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago, operaciones de atención médica o cualquier revelación que usted nos haya pedido hacer. Daremos un informe por año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable si solicita otro dentro de los 12 meses. Su solicitud escrita debe especificar un período de tiempo para estas revelaciones.

**Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Le daremos una lo antes posible.

**Usted tiene derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre.** Si ha designado a alguien con un poder notarial médico, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Si ha elegido a alguien para que actúe en su nombre, debe enviar una copia de la documentación que le otorga a esa persona la autoridad para hacerlo.

**Información de salud reproductiva.** No usaremos su información médica para hacer ni ayudar a otros a hacer investigaciones ni imponer sanciones por el simple hecho de buscar, obtener o facilitar atención médica reproductiva que sea legal. En los casos en que recibamos solicitudes de su información médica que puedan incluir datos de salud reproductiva para actividades de supervisión de salud, procedimientos judiciales o administrativos, propósitos legales o revelaciones a forenses y médicos legistas, obtendremos una declaración firmada por quien haga la solicitud confirmando que su solicitud no tiene un propósito prohibido. Le informaremos que los usos y revelaciones indebidos de su información médica pueden resultar en sanciones penales.

**Información genética.** No está permitido usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni el precio de esa cobertura.

**Información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD).** Si recibimos o mantenemos cualquier información sobre usted de un programa de tratamiento de SUD que está cubierto por 42 CFR Parte 2 (un "Programa de la Parte 2") a través de un consentimiento que usted da a ese Programa para usar y revelar la información de la Parte 2 para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podemos usar y revelar su información de la Parte 2 para esos mismos fines. Esto es consistente con los requisitos de HIPAA y los usos y revelaciones descritos en este Aviso. Si recibimos o mantenemos su información de la Parte 2 a través del consentimiento específico que usted nos da a nosotros o a otro tercero, utilizaremos y revelaremos su información de la Parte 2 solo según lo permita el consentimiento que nos dio.

En ningún caso utilizaremos ni revelaremos su información de la Parte 2, ni su testimonio sobre la información contenida en su registro del Programa de la Parte 2 en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo por parte de ninguna autoridad federal, estatal o local, en su contra, a menos que usted lo autorice o lo ordene un tribunal después de que le notifique la orden judicial.

**Uso de su información con fines de mercadeo.** No podemos usar ni revelar su información médica para propósitos de mercadeo a menos que tengamos su permiso por escrito.

**Venta de su información.** No podemos vender su información médica a menos que tengamos su permiso por escrito.

## Otros usos y revelaciones de su información médica

**Información sensible.** Algunos tipos de información médica son muy sensibles y están sujetos a protecciones adicionales. La ley puede exigir que obtengamos su permiso por escrito para compartir esta información. La información médica sensible puede incluir pruebas genéticas, pruebas, diagnósticos o tratamiento de VIH/SIDA, condiciones de salud mental, abuso de alcohol o sustancias, agresión sexual o fertilización in vitro. También se requiere su permiso para el uso y la revelación de notas de psicoterapia.

## Cambios a este aviso

Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad, procedimientos y este aviso en cualquier momento, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si cambiamos este Aviso, se publicará en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo.

## ¿Qué pasa si necesito reportar un problema?

Si usted no está conforme y reporta un problema, no usaremos su queja en su contra.

Si cree que CountyCare ha violado sus derechos de privacidad en este aviso, puede presentar una queja ante CountyCare o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo enviando una carta a:

U.S. Department of Health and Human  
Services Office for Civil Rights  
200 Independence Ave. S.W.  
Washington, D.C. 20201

También puede llamar al 877-696-6775, o visitar <https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/> para presentar una queja.

Puede comunicarse con la Oficina de Cumplimiento Corporativo de Cook County Health o con el Oficial de Privacidad de Cook County Health para hablar sobre cualquier preocupación que tenga, utilizando la información abajo:

Cook County Health & Hospitals System  
1950 W. Polk St., Suite 9217  
Chicago, IL 60612  
Teléfono: 1-877-476-1873  
[compliance@cookcountyhhs.org](mailto:compliance@cookcountyhhs.org)