

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE COUNTYCARE**

ESTE AVISO LE INFORMA CÓMO SU PLAN DE SALUD PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD. TAMBIÉN DESCRIBE CÓMO PUEDE ACCEDER A SU PROPIA INFORMACIÓN DE SALUD. REVÍSELO ATENTAMENTE.

### **¿QUÉ ES ESTE DOCUMENTO?**

Este documento, llamado Aviso de prácticas de privacidad, le informa cómo CountyCare (“nos”, “nosotros”) puede usar y compartir su información de salud. Este aviso también describe sus derechos para acceder a su información y nuestras responsabilidades de informarle si se produce una divulgación de su información. Debemos mantener la privacidad y seguridad de su información de salud.

### **¿QUÉ ES LA INFORMACIÓN DE SALUD?**

Las palabras “información de salud” hacen referencia a cualquier información relacionada con su atención médica que lo identifique. Los ejemplos incluyen, entre otros, su nombre, fecha de nacimiento, detalles sobre la atención médica que recibió o montos pagados por su atención.

### **¿POR QUÉ ME ENTREGAN ESTE DOCUMENTO?**

La ley nos exige proteger la privacidad de su información de salud y proporcionarle información sobre cómo la usamos y compartimos. La ley también nos exige que le demos este aviso. Estas leyes estatales y federales fortalecen nuestro compromiso con usted, como nuestro miembro, de mantener estrictamente su confidencialidad. No usaremos ni compartiremos su información de otro modo que no sea el que se describe aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos comunica que podemos compartir su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

### **¿QUIÉNES DEBEN CUMPLIR CON LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO?**

Todos los empleados, contratistas, consultores, proveedores, voluntarios y otros profesionales y organizaciones de atención médica que trabajan con CountyCare deben cumplir con los términos de este aviso.

### **CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Para gestionar su atención médica.** Usaremos y compartiremos su información de salud para ayudarle 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 de salud con una agencia de servicios que coordina servicios de vivienda de apoyo para la atención médica.

**Para operaciones de atención médica.** Usaremos y compartiremos su información de salud para ayudarnos a llevar a cabo nuestro trabajo y evaluar qué tan bien lo estamos haciendo. Podremos comunicarnos con usted cuando sea necesario o si ha optado por que nos comuniquemos con usted.

*Por ejemplo:* usaremos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted o para asegurarnos de que esté recibiendo buenos servicios.

*Por ejemplo:* podemos enviarle al estado datos relacionados con su información de salud para demostrar que estamos cumpliendo con nuestro contrato.

**Para pagar sus servicios de salud.** Podemos usar y compartir su información de salud cuando pagamos sus servicios de salud.

*Por ejemplo:* compartimos información sobre usted con su plan de recetas médicas para coordinar el pago de sus recetas.

**Para administrar su plan.** Podemos compartir su información de salud con otras empresas que tengan un 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 socios comerciales.** Podemos compartir su información de salud con otra empresa, llamada socio comercial, que contratamos para que nos proporcione un servicio o proporcione un servicio en nuestro nombre. Solo compartiremos su información si el socio comercial ha acordado por escrito mantener la información de salud privada y segura.

## **CÓMO PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD CON SU AUTORIZACIÓN**

Puede elegir cómo usamos y compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación. Indíquenos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones. Si no puede indicarnos su preferencia, podremos seguir adelante y compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted.

**Con personas involucradas en el pago de su atención.** Podemos compartir información de salud sobre usted con sus familiares, amigos o cualquier otra persona que usted nos diga que está involucrada en su atención médica o que ayuda a pagarla. Usted tiene derecho a solicitar que no compartamos su información con determinadas personas, pero debe informarnos. En una situación de emergencia u otra circunstancia en la que no pueda indicarnos su preferencia, podemos compartir cierta información con familiares, amigos u otras personas si consideramos que es lo mejor para usted.

**Para compartir información sobre beneficios, servicios y alternativas de tratamiento relacionados con la salud.** Podemos informarle sobre servicios de salud, productos, posibles tratamientos o alternativas disponibles para usted. Podemos proporcionarle información a través de un boletín informativo general, en persona o mediante productos o servicios de valor nominal. Podemos compartir su información de salud con un socio comercial para que nos ayude en estas actividades. Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico o mensaje de texto para recordatorios de citas, encuestas para miembros, beneficios del programa de bienestar u otras comunicaciones generales y contenido de atención médica si nos proporciona su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil. El contacto se puede llevar a cabo mediante llamada telefónica, correo electrónico o mensaje de texto si ha proporcionado esos métodos de contacto. Puede comunicarse con nosotros y solicitar específicamente que no lo contactemos a través de ninguno de esos métodos. No podemos vender su información de salud sin su autorización por escrito.

**Con padres y tutores legales de menores.** Podemos divulgarles información de salud sobre menores de edad a sus padres o tutores legales, a menos que dicha divulgación esté prohibida por ley. Si un menor está emancipado, casado, embarazada o es padre/madre, no compartiremos la información del menor

con sus padres o tutores legales sin la autorización del menor. Si un menor recibe atención para ciertas afecciones delicadas, como VIH/SIDA, salud mental, atención reproductiva y otras, no les divulgaremos esta información a los padres o tutores legales del menor sin autorización, a menos que lo exija o lo permita la ley.

**Para llevar a cabo investigaciones.** Podemos usar y divulgar su información de salud para fines de investigación. Sin embargo, la mayoría de los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. La mayoría de los proyectos de investigación requieren su autorización si un investigador participará en su atención o tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que lo identifique. Sin embargo, la ley permite que se lleven a cabo algunas investigaciones usando su información de salud sin necesidad de contar con su autorización.

### **CÓMO DEBEMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

También tenemos que compartir su información en situaciones que ayuden a contribuir al bien común o a la seguridad pública, o si la ley nos exige compartir su información. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

**Salud y seguridad pública.** Podemos compartir su información de salud por razones de salud y seguridad pública. Por ejemplo:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para informar sobre nacimientos y muertes.
- Para denunciar abuso o negligencia infantil.
- Para brindar información a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) sobre los productos que supervisa.
- Para informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Para informarle que puede haber estado expuesto a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
- A su empleador, en ciertos casos limitados.

**Con la fuerza pública.** Compartiremos información de salud sobre usted cuando así lo exija la ley federal, estatal o local, o un proceso judicial.

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

Podemos compartir información con un agente de la fuerza pública en los siguientes casos:

- Si creemos que una muerte fue resultado de un delito.
- Para denunciar delitos en nuestra propiedad.
- En caso de emergencia.

**Como parte de procedimientos legales.** Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o una citación. Solo compartiremos la información que se indica en la orden. Si recibimos otras solicitudes legales, podemos compartir su información de salud si nos informan que usted tiene conocimiento al respecto y no se opone a la divulgación.

**Durante una investigación.** Compartiremos su información con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si la solicita como parte de una investigación sobre una violación de la privacidad. En virtud de las mismas leyes, debemos proporcionarle a usted los registros que solicite. En algunas circunstancias limitadas, se nos permite conservar cierta información suya.

**Funciones gubernamentales especiales.** Podemos compartir su información de salud de las siguientes maneras:

- Con funcionarios federales autorizados.
- Con las autoridades del comando de las Fuerzas Armadas o el Departamento de Asuntos de Veteranos para determinar si usted es apto para el servicio militar o elegible para los servicios de salud para veteranos, o para determinar si es médicamente apto para recibir una autorización de seguridad del Departamento de Estado.
- Para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional.
- Para proteger al presidente.

**Abuso y negligencia.** Es posible que tengamos que compartir su información para denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica a agencias estatales y federales. Es probable que le informen que vamos a compartir esta información con estas agencias.

**Para ayuda en caso de desastres.** Podemos compartir su información de salud en una situación de asistencia en caso de desastres.

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

**Médicos forenses, examinadores médicos y funerarias.** Podemos compartir información de salud con un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida o encontrar la causa de su muerte. También podemos compartir información de salud con funerarias, si la necesitan para llevar a cabo su trabajo.

**Actividades de supervisión de la salud.** Determinadas agencias de salud están a cargo de supervisar los sistemas de atención médica y los programas gubernamentales o de asegurarse de que se cumplan las leyes de derechos civiles. Podemos compartir su información con estas agencias para estos fines.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información de salud a las organizaciones que se encargan de obtener, transportar o trasplantar un órgano, ojo o tejido.

**Indemnización por accidentes laborales.** Podemos compartir su información de salud con agencias o personas para cumplir con las leyes de indemnización por accidentes laborales u otros programas similares.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD**

**Tiene derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitarnos que limitemos las formas en las que usamos y compartimos su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero no tenemos la obligación de aceptar la solicitud. Debemos aceptar la solicitud si la divulgación tiene el fin de hacer un pago o es para operaciones de atención médica y la ley no lo exige. También debemos aceptar la solicitud si la información de salud se refiere únicamente a un servicio o

artículo de atención médica que usted para u otra persona que no sea parte de su plan de salud paga en su nombre y se paga en su totalidad. 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 que ayude a pagarla.

Debe presentar su solicitud por escrito y debe estar firmada y fechada. Debe describir la información que desea limitar e indicarnos quiénes no deben recibir dicha información. Debe enviar su solicitud por escrito al Plan de salud de CountyCare, a la atención de: Compliance, 1950 West Polk Street, Suite 9217, Chicago, IL 60612. Le informaremos si aceptamos su solicitud o no. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para tratarlo en una emergencia.

**Tiene derecho a obtener una copia del conjunto de registros designados.** Usted tiene derecho a leer u obtener una copia del conjunto de registros designados que tenemos sobre usted.

Para ver y obtener copias de esta información debe completar su solicitud por escrito. Le entregaremos una copia o un resumen de su conjunto de registros designados dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Si solicita una copia de su conjunto de registros designados, podemos cobrarle una tarifa razonable en función del costo de copia, envío u otros gastos asociados con su solicitud.

**Tiene derecho a solicitar modificaciones.** Puede solicitarnos que modifiquemos su información de salud o registro de pagos si considera que tienen errores o están incompletos. Debe enviarnos una solicitud por escrito y deberá indicar el motivo por el cual desea la modificación. No estamos obligados a aceptar hacer la modificación. Si no estamos de acuerdo con la modificación solicitada, le informaremos por escrito el motivo dentro de los 60 días. Luego, puede enviar otra solicitud en la que manifieste su desacuerdo. Esta se adjuntará a la información que desea modificar o corregir.

**Tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma específica (por ejemplo, a través de su teléfono particular o laboral) o que le enviemos el correo a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables. Debemos aceptar si nos informa que usted podría correr algún riesgo si no cumplimos con su solicitud.

**Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones.** Tiene derecho a pedir por escrito una lista de las veces que hemos compartido su información de salud en los últimos seis años. La lista incluirá con quién la compartimos, la fecha y el motivo. Incluiremos toda la información divulgada, excepto la información relacionada con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como cualquier otra que nos haya solicitado. Le proporcionaremos un informe anual gratuito, pero le cobraremos una tarifa razonable en función del costo si solicita otro en un plazo de 12 meses. Su solicitud por escrito debe indicar un plazo.

**Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Le proporcionaremos una copia impresa de manera oportuna.

**Tiene derecho a elegir a una persona para que actúe en su nombre.** Si le ha otorgado a otra persona un poder notarial médico o si otra persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Si ha elegido a otra persona para que actúe en su nombre, debe proporcionar una copia de la documentación que le otorga a esa persona la autoridad para hacerlo.

**Información sobre salud reproductiva.** No usaremos su información de salud para llevar a cabo o

ayudar a otros a llevar a cabo investigaciones o imponerle sanciones por el mero acto de buscar, obtener o facilitar atención médica reproductiva que sea legal. En los casos en los que recibamos solicitudes de su información de salud que pueda incluir información de salud reproductiva para actividades de supervisión de la salud, procedimientos judiciales o administrativos, fines de aplicación de la ley o divulgaciones a médicos forenses y examinadores médicos, obtendremos una certificación firmada por el solicitante que indique que su solicitud no es para un propósito prohibido y que los usos y divulgaciones indebidos de su información de salud pueden resultar en sanciones penales.

**Información genética.** No se nos permite usar información genética para decidir si le proporcionaremos cobertura y el precio de esa cobertura.

**Uso de su información para comercialización.** No podremos usar ni divulgar su información de salud con fines de comercialización, a menos que contemos con su autorización por escrito.

**Venta de su información.** No podemos vender su información de salud a menos que contemos con su autorización por escrito.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Información confidencial.** Algunos tipos de información de salud son muy delicados y están sujetos a protecciones adicionales. Es posible que la ley exija que obtengamos su autorización por escrito para compartir esta información. La información de salud confidencial puede incluir pruebas genéticas, pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico o tratamiento, salud mental, abuso de alcohol y sustancias, agresión sexual o fertilización in vitro. También se requiere su autorización para usar y compartir las notas de psicoterapia.

## **MODIFICACIONES A ESTE AVISO**

Podemos modificar nuestras políticas de privacidad, procedimientos y este Aviso en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si modificamos este Aviso, el nuevo se publicará en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo postal.

## **¿QUÉ DEBO HACER SI NECESITO INFORMAR UN PROBLEMA?**

Si no está satisfecho e informa un problema, no usaremos su queja en su contra.

Si considera que CountyCare ha violado sus derechos de privacidad según este Aviso, puede presentar una queja ante CountyCare o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a:  
U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201

También puede llamar al 1-877-696-6775 o visitar <https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/>

Puede comunicarse con la Oficina de Cumplimiento Corporativo de Salud del Condado de Cook o con el Funcionario de Privacidad de Salud del Condado de Cook para analizar cualquier inquietud que tenga usando la siguiente información:

**Oficina de Cumplimiento Corporativo (Office of Corporate Compliance)**

Cook County Health & Hospitals System

1950 West Polk

Suite 9217

Chicago, IL 60612

Teléfono: 1-877-476-1873

[compliance@cookcountyhhs.org](mailto:compliance@cookcountyhhs.org)