

# Aviso de prácticas de privacidad



Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y personal. Esto incluye información sobre su raza/etnia, idioma, identidad de género y orientación sexual. Además, se indica cómo puede acceder a dicha información. **Léalo detenidamente.**

## Sus derechos

**Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información médica.** En esta sección, se explican sus derechos y nuestras responsabilidades para ayudarlo.

<b>Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos, y otra información médica que tengamos de usted. Consúltenos cómo hacer esto.</li><li>• Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamos, por lo general, dentro de los 30 días a partir de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en los costos.</li></ul>
<b>Pedirnos que corriamos registros de</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedir que corriamos sus registros de salud y de reclamos si</li></ul>

<p><b>salud y de reclamos</b></p>	<p>crea que no son correctos o que están incompletos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Consúltenos cómo hacer esto. Podríamos rechazar su solicitud; sin embargo, le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.</li> </ul>
<p><b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted en una forma específica (por ejemplo: a su teléfono particular o laboral), o por correo a una dirección diferente.</li> <li>● Consideraremos todas las solicitudes razonables. Responderemos afirmativamente si nos informa que estaría en peligro si no lo hacemos.</li> <li>● Tramitaremos todos los cambios en las comunicaciones confidenciales que usted solicite. Esto sucederá dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud por escrito. Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud a través del correo prioritario. Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su solicitud.</li> <li>● Si usted es una persona mayor con discapacidad (SPD) y tiene una</li> </ul>

	<p>incapacidad física o mental, no necesita completar un formulario de autorización.</p>
<p><b>Pedirnos que limitemos lo que compartimos sobre usted</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Puede solicitarnos que <b>no</b> usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.</li> <li>● No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y es posible que la rechacemos si afecta su atención.</li> </ul>
<p><b>Obtener una lista de todos aquellos con los que hemos compartido información</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Puede solicitar una lista (un informe) de las veces que hemos compartido su información médica. Esto incluirá las veces en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién hemos compartido su información y por qué.</li> <li>● Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Proporcionaremos</li> </ul>

	<p>un informe al año de forma gratuita. Le cobraremos una tarifa razonable y basada en los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses.</p>
<p><b>Obtener una copia de este aviso de privacidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.</li> </ul>
<p><b>Elegir a alguien para que actúe en su nombre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si le ha dado a alguien un poder médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.</li> <li>● Nos cercioraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que tomemos medidas.</li> </ul>
<p><b>Presentar una queja si cree que se han vulnerado sus derechos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Puede presentar una queja si considera que hemos vulnerado sus derechos. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información de la última página.</li> <li>● Puede presentar una queja ante la oficina del Departamento de Salud y</li> </ul>

	<p>Servicios Humanos de los Estados Unidos a U.S. Department of Health and Human Services Office D.C. 20201, llamando al <b>1-877-696-6755</b> o visitando <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.</li> </ul>
<p><b>Solicitar que su información de salud se envíe a una aplicación de su elección</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las normas de interoperabilidad nos exigen proporcionar hasta cinco años de determinada información de salud cuando usted nos la solicita directamente o a través de una aplicación de terceros.</li> <li>• Cuando lo solicite a través de una aplicación de terceros, el Plan de Salud se reserva el derecho de aprobar dicha aplicación en función del análisis de seguridad.</li> <li>• Puede hacer esta solicitud directamente con nosotros accediendo al formulario de solicitud de acceso a información de salud en línea (<a href="http://www.hpsj-mvhp.org">www.hpsj-mvhp.org</a>), por teléfono a un representante de Servicio al Cliente o presentándose sin cita previa.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debe completar todo el formulario y enviarlo por correo o llevarlo a la oficina del Plan de Salud ubicada en 7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231. También puede enviarlo por fax al <b>1-209-461-2550</b> o por correo electrónico seguro al Plan de Salud.</li><li>• No somos responsables de la aplicación de terceros que seleccione. No somos responsables de sus datos una vez transferidos a la aplicación de terceros.</li></ul>
--	--

## **Sus opciones**

En el caso de cierta información médica, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara respecto de la manera en la que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, avísenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

## **En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos lo siguiente:**

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas relacionadas con el pago del cuidado médico.

- Compartir información en situaciones de ayuda ante catástrofes.

Si no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, porque está inconsciente), es posible que compartamos su información si creemos que es lo mejor para usted.

También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

**En los siguientes casos, nunca compartimos su información, salvo que usted nos autorice por escrito:**

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información

**Tampoco utilizaremos su información de las siguientes formas:**

- Utilizar la raza o etnia, el idioma, la identidad de género o la orientación sexual para tomar decisiones de suscripción, denegación de cobertura o exigirle que renuncie a sus derechos de inscripción o cobertura del Plan de Salud.
- Divulgar su información médica o personal sobre servicios de aborto si la solicitud proviene de otro estado, incluso si se trata de una citación. Usted está bajo la protección de la Ley de Privacidad Reproductiva de California.

- Divulgar información médica o personal de niños que reciben atención de afirmación de género o atención de salud mental en respuesta a cualquier citación civil, extranjera o acción fuera del estado. Divulgar información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo contra un miembro, sin el consentimiento de este o sin una orden judicial.
- Compartir su información sobre servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, infecciones y enfermedades de transmisión sexual y violencia de pareja sin su autorización expresa por escrito, excepto para tratamiento, pago y operaciones.

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo usamos o compartimos su información de salud en general?

Generalmente, usamos o compartimos su información médica para lo siguiente.

<b>Ayudar a controlar el tratamiento de cuidado de salud que usted recibe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.</i>
<b>Dirigir nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y contactarlo cuando se requiera.</li><li>• No estamos autorizados a usar su información genética para decidir si le</li></ul>	<i><b>Ejemplo:</b> Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.</i>

	daremos cobertura y el precio que esta tendrá. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.	
<b>Pagar sus servicios de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y divulgar su información médica a medida que pagamos sus servicios.</li> </ul>	<b>Ejemplo:</b> <i>Compartimos datos sobre usted con su plan dental para coordinar el pago del trabajo dental.</i>
<b>Administrar su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan con fines de administración.</li> </ul>	<b>Ejemplo:</b> <i>Su compañía celebra un contrato con nosotros para que brindemos un plan de salud. Nosotros le brindamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas de seguro que cobramos.</i>

**¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?**

Tenemos permitido o se nos exige que compartamos su información de otras formas. Por lo general, de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines.

Para obtener más información, visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<p><b>Ayudar a la salud pública y ante problemas de seguridad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Podemos compartir sus datos de salud para ciertas situaciones, como las siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prevenir enfermedades</li> <li>○ Ayudar en el retiro de productos</li> <li>○ Informar reacciones adversas de los medicamentos</li> <li>○ Denunciar una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica</li> <li>○ Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Investigar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Podemos usar o divulgar su información para investigaciones de salud.</li> </ul>
<p><b>Cumplir con la ley</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el</li> </ul>

	<p>Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.</p>
<p><b>Responder ante las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información de salud con organizaciones dedicadas a obtener órganos.</li> <li>• También podemos compartir su información de salud con un médico o perito forense, o el director de una funeraria cuando alguien fallece.</li> </ul>
<p><b>Abordar la indemnización a los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno</b></p>	<p>Podemos usar o compartir su información de salud en estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los reclamos de indemnización a los trabajadores</li> <li>• Con el fin de cumplir con la ley o con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley</li> <li>• Con las agencias de supervisión de salud para las actividades que autoriza la ley</li> <li>• Para las funciones de gobierno especiales, como servicios militares,</li> </ul>

	de seguridad nacional y de protección al presidente
<b>Responder ante demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación legal.</li> </ul>

## Nuestras responsabilidades

- Se nos exige por ley mantener la privacidad y la seguridad de su información personal y de salud protegida.
- Le diremos de inmediato si ocurre una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna otra manera que no sea las descritas en el presente documento, salvo que usted nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite

[www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html).

## **Cómo protegemos su información médica protegida**

El Plan de Salud se compromete a proteger su información de salud protegida (PHI). Mantenemos la PHI de nuestros miembros actuales y anteriores confidencial y segura, según lo exigen la ley y las normas de acreditación.

Seguimos estos procedimientos para proteger su PHI:

- Utilizamos salvaguardas físicas y electrónicas.
- Con frecuencia capacitamos a nuestro personal en el uso y el intercambio adecuados de la PHI.
- Aseguramos nuestras oficinas y cerramos nuestros escritorios y archivadores.
- Protegemos nuestras computadoras y dispositivos electrónicos con contraseñas y solo damos acceso a la PHI al personal que la necesita para hacer su trabajo.
- Nuestros socios comerciales también están obligados a proteger la privacidad de cualquier PHI que compartamos con ellos, y no se les permite proporcionar PHI a otros, excepto en la medida en que lo permita la ley y nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

## **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso. Estos cambios se aplicarán a todos los datos que tenemos sobre

usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia.

**Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a lo siguiente:**

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan,  
7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente si tiene cualquier pregunta o inquietud respecto a su privacidad: escriba a [piu@hpsj.com](mailto:piu@hpsj.com), llame al **1-888-936-PLAN (7526) (TTY: 711)** (Medi-Cal) o al **1-888-361-PLAN (7526)** (D-SNP) o visite [www.hpsj-mvhp.org](http://www.hpsj-mvhp.org).

**Para obtener más información**

Póngase en contacto con nosotros para solicitar una copia de este aviso en otros idiomas o para obtener una copia en otro formato, como letra grande o braille.

La fecha de entrada en vigor de este aviso es el 1 de noviembre de 2025.