



## NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DEL MANEJO DE LA PRIVACIDAD

Esta notificación es para todos los miembros de los Programas de Cobertura de Salud de Indiana (IHCP por sus siglas en inglés). Esto incluye miembros que estén participando en el programa de Medicaid tradicional, Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan (HIP), Hoosier Care Connect, Medicaid Waiver, Programa para el Cuidado Integral de las Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés), y cualquier otro programa administrado por el Medicaid. También incluye los miembros que residen en instituciones operadas por el Departamento de Salud del Estado de Indiana y/o la División de Salud Mental y Adicción que hayan recibido servicios médicos fuera de estas instituciones. **Esta notificación es sólo para su información. Usted no necesita tomar ninguna acción en relación a esta notificación.**

### Notificación sobre las Prácticas de Manejo de Privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PODRÍA SER USADA Y COMPARTIDA, Y COMO USTED PODRÍA TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.

Esta notificación le informa cómo el IHCP puede usar o divulgar su información médica. También le deja saber sobre sus derechos con relación al uso y el manejo que IHCP tiene sobre su información médica. Su información médica no será compartida sin su consentimiento por escrito, excepto en las situaciones descritas en esta notificación o cuando es requerido o permitido por la ley. Si usted nos da su consentimiento por escrito, permitiéndonos compartir su información con otras personas que usted indique, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento haciéndonoslo saber por escrito. IHCP cumplirá con lo establecido en esta notificación. IHCP reserva el derecho de cambiar sus prácticas de manejo de privacidad y hacer estas nuevas prácticas efectivas para toda la información médica personal que nosotros mantenemos. Si los términos de esta notificación cambian, nosotros le enviaremos una copia actualizada de dicha notificación a la dirección que usted nos proporcionó.

### Nuestra Responsabilidad y Compromiso Con Usted

Nosotros entendemos que la información sobre su salud es personal. Por ende, nos tomamos bien en serio nuestra responsabilidad de mantener la privacidad de dicha información. Nosotros estamos obligados por ley a proteger su información médica, informarle sobre sus derechos con respecto a su información médica, y enviarle esta notificación explicándole nuestras responsabilidades y las maneras en que su información médica será usada y compartida. En el caso de que ocurra una filtración que pueda comprometer la seguridad y privacidad de su información, nosotros le informaremos prontamente.

### Usar y Compartir su Información Médica

Nosotros no creamos archivos médicos. Nosotros recibimos su información médica, la cual utilizamos para tomar decisiones sobre su elegibilidad a ciertos programas y servicios. Nosotros usamos su información médica para pagar por los servicios que usted recibió de su proveedor de servicios médicos, para el manejo de los servicios de salud, y para evaluar la calidad de los servicios que usted recibe. A continuación mencionamos algunos ejemplos comunes de cómo nosotros podríamos usar su información médica personal sin haber obtenido su consentimiento por escrito:

- **Tratamiento y Pago:** Los médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos de los cuales usted recibe servicios, nos proveen su información médica cuando nos envían una reclamación de pago por dichos servicios. Estos proveedores también pueden darnos su información médica para obtener autorización previa para ofrecer ciertos servicios, o para averiguar si un servicio en particular está cubierto por el IHCP. Estas transacciones incluyen información que lo identifica a usted, su diagnóstico, y los servicios o tratamientos que usted ha recibido, o que pueda recibir en el futuro. Nosotros utilizamos esta información para aprobar y pagar por los servicios cubiertos por el IHCP. También podemos compartir su información con otros programas que pudiesen pagar por su cuidado médico, tales como el programa de Medicare o compañías de seguros privadas, para obtener pagos por dichos servicios. Un ejemplo de tratamiento es compartir información clínica a través del Intercambio de Información de Salud de Indiana (Indiana Health Information Exchange [IHIE]) entre proveedores de salud, con el propósito de mejorar el cuidado al paciente y la calidad de los resultados de dichos cuidados.
- **Funciones Operacionales de Cuidado de Salud:** Nosotros podemos usar su información médica para revisar el cuidado y resultado de su tratamiento, y para comparar estos resultados con los resultados de otras personas que recibieron un tratamiento igual o similar al suyo. Esta información es utilizada para mejorar la calidad y efectividad de los servicios de cuidado de salud.
- Nosotros también podemos compartir su información médica con nuestros empleados, al igual que con compañías y personas que hayamos contratados, de manera que ellos puedan realizar las tareas que nosotros les asignemos, tales como aprobar servicios para usted, o revisar los pagos hechos a proveedores de servicios médicos. Para proteger su información médica, nosotros requerimos que todos nuestros empleados al igual que todos aquellos que tienen contratos con nosotros sigan las reglas establecidas para proteger su información.
- Nosotros podemos usar o compartir su información médica para informarle a usted o a su proveedor de servicios médicos acerca de posibles tratamientos, tratamientos alternativos, y para otros beneficios relacionados a la salud.
- Nosotros podemos compartir su información médica con otras agencias de gobierno que puedan proveerle a usted beneficios o servicios públicos. También podemos compartir su información médica con otras agencias gubernamentales

según permitido por ley, incluyendo al gobierno federal, para demostrar cómo IHCP está funcionando y para mejorar sus programas.

- **Conforme a la Ley:** Bajo el cumplimiento de la ley, nosotros podemos usar o compartir su información médica: en caso de una emergencia pública para avisar a su familia; para actividades de salud públicas con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades o reportar abuso; para cumplir con la Ley de Compensaciones por Accidentes del Trabajo; como respuesta a una citación de corte, un proceso de descubrimiento, o una orden de corte o administrativa; en casos de seguridad nacional; para reportar estadísticas vitales; o para procesar información sobre donación de órganos.
- Nosotros podemos compartir su información médica con investigadores científicos cuando dicha información no lo puede identificar a usted o cuando la investigación ha sido revisada y aprobada por una junta de revisión institucional para asegurar la continua privacidad y protección de su información médica.
- Nosotros no divulgaremos su información sin su expresa autorización y permiso de ninguna otra manera que la descrita en esta notificación.
- Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros limitemos la manera en que nosotros usamos y compartimos su información médica con su familia, amigos u otras personas que usted identifique; o como parte del manejo de los servicios de salud, tratamientos y pagos por los servicios de salud que usted ha recibido. Por ejemplo, usted tiene la opción de no participar en el Intercambio de Información de Salud de Indiana. Sin embargo, no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Si nosotros accedemos a su petición, nosotros cumpliremos con nuestro acuerdo, excepto en caso de una emergencia médica o si es autorizado o requerido por ley. Usted debe someter su petición por escrito a la Oficina de Privacidad de IHCP.
- Usted tiene el derecho de pedir que se le envíe una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, aun cuando usted haya previamente aceptado recibir dicha copia por correo electrónico (“e-mail”).
- Usted tiene el derecho de solicitar una lista que muestre cada instancia en la que nosotros divulgamos su información médica personal por motivos que no estén relacionados con el manejo de los servicios de salud, tratamientos y pagos por los servicios de salud que usted haya recibido. Esta lista no incluirá información previamente solicitada por usted, o cualquier otra persona autorizada por usted para recibir su información médica. Dicha lista tampoco incluirá información sobre ciertas actividades que requieran su información médica personal. La lista está limitada a los últimos seis años y debe ser solicitada por escrito a la Oficina de Privacidad de IHCP.
- Usted tiene el derecho a solicitar que lo contactemos de una manera o en un lugar específico en referencia a asuntos relacionados con su salud. Por ejemplo, usted puede solicitar que sólo lo contactemos en su trabajo o por correo electrónico. Nosotros revisaremos y sólo aprobaremos aquellas peticiones que sean razonables. Para hacer dicha petición, usted debe de someter una solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad de IHCP.
- Usted tiene el derecho (con ciertas excepciones) de ver y obtener una copia de su información médica. A nosotros se nos permite cobrarle un cargo razonable por los gastos de fotocopias, envío, u otros gastos asociados con dicha petición. Su petición debe ser sometida por escrito a la Oficina de Privacidad de IHCP. Si su petición es denegada por alguna razón, usted puede solicitar una apelación con la Oficina de Privacidad de IHCP. Su apelación será revisada por una persona que no haya participado en la decisión inicial de denegar su petición.
- Usted tiene el derecho de solicitar que le cambiemos su información médica si usted considera que la misma está incorrecta o incompleta. Su petición debe ser sometida por escrito a la Oficina de Privacidad de IHCP. Nosotros podemos denegar su petición bajo ciertas circunstancias. Por ejemplo, si la información no fue creada por nosotros, o si consideramos que la información es correcta. Si nosotros denegamos su petición, le daremos una explicación por escrito.

**Nota:** Todas las peticiones acerca de su información médica deben hacerse por escrito y enviarse a la dirección de la Oficina de Privacidad de IHCP que aparece al final de esta notificación.

Si tiene preguntas o quiere información adicional, o para hacer alguna petición con relación a su información médica, puede contactar a la Oficina de Privacidad de IHCP a la dirección o teléfono que aparece al final de esta notificación. Todas las peticiones referentes a su información médica deben ser sometidas por escrito.

Si tiene una queja acerca de cómo manejamos su información médica o cree que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad, por favor someta su queja por escrito a la Oficina de Privacidad de IHCP a la dirección siguiente. **Todas las quejas deben ser sometidas por escrito.**

**Gainwell - HIPAA  
PO Box 50451  
Indianapolis, IN 46250-0418  
1-800-457-4584**

Usted también puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a la siguiente dirección:

**Office of Civil Rights, U.S. Dept. of Health and Human Services  
233 N. Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, Illinois 60601  
Teléfono: 1-800-368-1019; Facsímil: (312) 886-1807  
[OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)**

*\* Nosotros nunca tomaremos una acción en contra de usted por someter una queja, ni tampoco los servicios médicos ofrecidos a usted se verán afectados*

## **Sus Derechos con Relación a su Información Médica**

## **Para Contactarnos o Someter una Queja**