

# Aviso de prácticas de privacidad

**Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. *Revíselo atentamente.***

La norma de privacidad de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) exige que los proveedores de atención médica y los planes de salud elaboren y distribuyan un aviso que proporcione una explicación clara y fácil de usar de los derechos de los clientes con respecto a su información personal de salud y las prácticas de privacidad relacionadas con esa información.

## Nuestro compromiso

Este aviso se aplica a todos los clientes que reciben servicios de Health First, Inc., Health First Medical Group, LLC, Health First Privia Medical Group, LLC<sup>1</sup> o del Plan de salud<sup>2</sup>. Health First se compromete a mejorar el bienestar y la salud de nuestros clientes y la comunidad. Queremos que usted, nuestro cliente, se sienta respaldado e informado sobre su atención y cobertura. Esto incluye explicar cómo usamos, administramos y protegemos su información, sus derechos y las opciones relacionadas con su información.

*Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con la Oficina de privacidad de Health First al 321.434.7543.*

## Su información

En este aviso, la información hace referencia a cualquier información que lo identifique, como cliente actual o anterior de Health First, y que se relacione con su salud o afección, sus servicios de atención médica, pagos o cobertura de esos servicios. Incluye reclamos, información de cobertura e información médica, como los diagnósticos y servicios que recibió. Incluye información demográfica como su nombre, dirección, número de teléfono y fecha de nacimiento. Incluye información que proviene de usted o que surge a partir de los negocios que usted haga con nosotros, nuestros afiliados u otras personas, como la inscripción, las aprobaciones previas, las remisiones, las determinaciones de cobertura, los reclamos y la información de pago.

## Cómo protegemos su información

Permitimos el acceso a su información por parte de los miembros de nuestro personal, pero solo en la medida en que necesiten esa información para las actividades relacionadas con el tratamiento, el pago y la atención médica o para administrar su plan de salud y beneficios, cumplir con los requisitos legales o de acreditación, o según lo permita la ley. Como tal, y para brindarles a nuestros clientes la continuidad de la atención necesaria, apropiada y oportuna, las entidades de Health First tienen varias plataformas, sistemas y aplicaciones electrónicos que comparten su información a través de nuestra Red de servicios integrada ("IDN") y la comunidad donde sea necesario y esté permitido para las actividades relacionadas con el tratamiento, el pago y la atención médica, y conforme a la ley aplicable.

Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y administrativas diseñadas para proteger su información y evitar el acceso no autorizado.

---

<sup>1</sup>Health First Privia Medical Group, LLC es una compañía de responsabilidad limitada adherida a la Red de servicios integrada (IDN) de Health First, Inc., pero es propiedad de médicos de la comunidad.

<sup>2</sup>A efectos de este aviso, Health First Health Plans, Inc., Health First Administrative Plans, Inc., Health First Commercial Plans, Inc., Health First Insurance, Inc. y AdventHealth Advantage Plans de aquí en adelante se denominan "Plan de salud".

## ¿Cómo usamos y compartimos su información generalmente?

Podemos compartir su información sin su autorización por escrito por los siguientes motivos:

### Para tratamiento:

Para compartir con los proveedores de atención médica (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores) en relación con su tratamiento o para coordinar la salud preventiva, la detección temprana y los programas de administración de enfermedades y casos.

Ejemplo: su médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos ayudarlo a organizar servicios adicionales.

Tenga en cuenta que no necesitamos su permiso para compartir su información en una emergencia médica, si no puede autorizarnos debido a su afección. Además, las organizaciones cubiertas por este aviso no necesitan su permiso para compartir su información entre sí, siempre y cuando sea para un fin autorizado.

### Para pago:

Para pagar o recibir pagos por la atención que recibe.

Ejemplo: podemos comunicarnos con sus proveedores para coordinar sus beneficios y confirmar la elegibilidad y la cobertura, o podemos comunicarnos con su plan de salud para pagar los servicios que recibió en nuestras instalaciones.

### Para las operaciones de atención médica:

Para apoyar las actividades comerciales diarias para las operaciones de atención médica.

Ejemplo: usamos y divulgamos su información para informarle sobre los beneficios del plan, las alternativas de tratamiento o los productos y servicios relacionados con la salud. Utilizamos su información para la gestión de calidad, actividades de mejora, coordinación de la atención y para fines de suscripción. También usamos su información para contactarlo con respecto a sus citas o para actividades de recaudación de fondos. Si no desea que Health First se comunique con usted con el fin de recaudar fondos, debe notificar a Health First Foundation por escrito a **ATTN: Foundation Gift and Data Specialist, 1350 S. Hickory St., Melbourne, FL 32901** o por teléfono al **321.434.7353**. A menos que nos indique lo contrario, podemos incluir información limitada sobre usted en nuestro directorio. Esta información puede incluir su nombre, ubicación y condición general. Podríamos compartir esta información con sus familiares y amigos a menos que nos indique lo contrario.

### Para administrar su plan:

Podemos compartir su información con nuestros afiliados (también conocidos como organizaciones relacionadas) que nos ayudan a administrar y gestionar nuestro plan de salud. También podemos compartir su información con terceros no afiliados (no relacionados) autorizados por la HIPAA. Estas organizaciones se conocen generalmente como asociados comerciales. Health First tiene contratos con estos asociados comerciales para proporcionar ciertos productos o servicios en nuestro nombre. La ley exige que los asociados comerciales protejan su información de la misma manera que nosotros lo hacemos.

### Otros usos y divulgaciones:

También podemos compartir su información con otros terceros, incluidas las autoridades reguladoras, las agencias gubernamentales o los organismos de cumplimiento de la ley, según lo permita o exija la ley.

Para proporcionar beneficios totalmente asegurados a un plan de salud grupal o para ayudar a administrar los beneficios de un plan de salud grupal autoasegurado, el Plan de salud puede, si se solicita, compartir información limitada con el patrocinador de su plan de salud grupal para fines de administración del plan y si se cumplen ciertos requisitos de privacidad.

**Ejemplo:** para un plan totalmente asegurado, el Plan de salud puede compartir ciertas estadísticas con su empleador para justificar las primas que cobramos.

Usamos o compartimos su información si la ley estatal o federal lo requiere.

### **Problemas de salud pública y seguridad:**

Compartimos su información con las autoridades de salud pública u otras agencias autorizadas en ciertas situaciones, tales como las siguientes:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con los retiros de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia, violencia doméstica o delitos en nuestros centros de atención
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
- Ayudar con la supervisión del sistema de salud, como auditorías o investigaciones
- Cumplir con funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial, y divulgaciones a centros penitenciarios.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos:**

Usamos y compartimos su información para ayudar con la donación de órganos o tejidos.

### **Trabajar con un examinador médico o director de funeraria:**

Compartimos su información con un forense, médico examinador o director de funeraria.

### **Gestionar la indemnización laboral:**

Usamos y compartimos su información para sus reclamos de indemnización laboral.

### **Responder a demandas y acciones legales:**

Podemos usar y compartir su información para acciones legales, o en respuesta a una orden judicial o administrativa, u otro proceso legal. Podemos compartir su información con los funcionarios de cumplimiento de la ley.

### **Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA)**

El Plan de salud participa en dos Acuerdos de Atención Médica Organizada (OHCA) diferentes en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Un OHCA es un acuerdo que permite que las entidades cubiertas, que son proveedores de atención médica, planes de salud o centros de intercambio de información sobre servicios médicos, compartan información médica protegida (PHI) acerca de sus clientes, personas que reciben servicios o miembros del plan, a fin de proporcionar servicios de atención médica y realizar operaciones de pago y atención médica. El Plan de salud participa en un OHCA con AdventHealth y sus afiliados con sede en Florida. El Plan de salud también participa en un OHCA independiente con otras entidades de Health First, Inc. Comuníquese con nuestra Oficina de privacidad si desea saber en qué redes u organizaciones de atención responsables participa el Plan de salud.

### **Usos y divulgaciones que exigen su autorización:**

Para cualquier otro fin no descrito en este documento, debemos obtener su autorización por escrito para usar o compartir su información. Por ejemplo, necesitaríamos su autorización para lo siguiente:

- Para usos y divulgaciones de notas de psicoterapia
- Para utilizar su información con fines de marketing para los cuales se recibe el pago económico
- Para cualquier venta que involucre su información y que tenga como resultado un pago económico o no económico.

## **Sus derechos individuales:**

Usted tiene ciertos derechos con respecto a la información que Health First crea, obtiene o almacena sobre usted. Para ejercer estos derechos, comuníquese con nosotros en las sedes que figuran a continuación:

Health First  
Health Information Management Department  
3300 S. Fiske Blvd., Building B  
Rockledge, FL 32955

## **Revise u obtenga una copia de su información**

Puede solicitar ver u obtener una copia de su información almacenada en papel o registros electrónicos. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información. Si existen registros que no podemos compartir o si necesitamos limitar el acceso, le informaremos al respecto. Podemos cobrar una tarifa para procesar su solicitud.

## **Pídanos que corriamos su información (enmienda)**

Puede solicitarnos por escrito que corriamos su información si considera que es incorrecta o está incompleta. Corregiremos la información si la ley lo permite. Podemos negar su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito. Si su solicitud es denegada, puede solicitarnos que conservemos una copia de su desacuerdo (una declaración por escrito que nos proporcione) con sus registros.

## **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos (restricción)**

Puede solicitarnos por escrito que no usemos ni compartamos su información. Siempre tendremos en cuenta su solicitud, pero podemos negarnos si afectara nuestra capacidad de brindarle atención o servicio o si fuese motivo de preocupación por la seguridad del cliente. Si aceptamos las restricciones, las cumpliremos.

## **Solicite comunicaciones confidenciales**

Puede solicitarnos por escrito que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en un lugar específico (por ejemplo, por teléfono a su casa u oficina). No le preguntaremos el motivo de su solicitud y aceptaremos todas aquellas que sean razonables.

Para clientes del Plan de salud: si nos notifica que una posible comunicación podría ponerlo en peligro, debemos aceptar su solicitud razonable para llevar a cabo comunicaciones de manera confidencial.

## **Obtenga una lista de quién ha recibido su información (registro de divulgaciones)**

Puede solicitarnos una lista de las veces que hemos compartido su información con organizaciones o clientes externos, con quién la compartimos y el motivo por el cual lo hicimos. Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir un período de tiempo específico.

Incluiremos cualquier divulgación que ocurra dentro de los últimos seis años de su solicitud, donde hayamos compartido su información, excepto cuando se trate de actividades relacionadas con su tratamiento, el pago de su tratamiento o la atención médica. Le proporcionaremos la fecha de divulgación, el nombre de la entidad o la persona que recibió la información y una breve descripción de la información divulgada.

## **Obtenga una copia de este aviso**

Nos reservamos el derecho a realizar cambios en este aviso. Los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si hacemos algún cambio, publicaremos el nuevo aviso en todas las sedes y sitios web de Health First. Le proporcionaremos una copia actual al momento de la inscripción, por año y cuando reciba servicios en cualquier entidad de Health First. Sin embargo, los clientes del Plan de salud recibirán este aviso en el momento de la inscripción y no menos de una vez cada tres años. A menos que sea un cliente del Plan de salud, tenemos la obligación de pedirle que firme un acuse de recibo de este aviso.

**Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si acordó recibirlo de forma electrónica. Lo proporcionaremos según lo solicitado.**

Podemos proporcionarle este aviso por correo electrónico si ha aceptado recibir una notificación electrónica. La ley nos exige que cumplamos con el aviso de privacidad vigente en este momento. Este aviso también está disponible en nuestro sitio web en HF.org.

### **Presente una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad**

Puede presentar una queja directamente con nosotros si considera que hemos violado sus derechos de privacidad al comunicarse con nosotros utilizando la información disponible al final de este aviso. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para obtener la información de contacto, visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints). No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

### **Sus opciones**

En algunas situaciones, tiene opciones adicionales sobre cómo usamos y compartimos su información. Si tiene alguna preferencia en las situaciones descritas en este documento, infórmenos. Infórmenos lo que quiera que hagamos y seguiremos sus indicaciones mientras respetamos la ley.

### **Puede pedirnos que no hagamos lo siguiente:**

Compartir su información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.

También puede pedirnos que no compartamos su información con otras personas para la investigación sobre la salud (de igual manera podemos usar su información para nuestra propia investigación siempre que cumplamos con la ley).

### **Nuestras responsabilidades:**

- Protegemos su información porque su privacidad es importante para nosotros y porque así lo establece la ley.
- Debemos cumplir con las responsabilidades y las prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- Debemos poner este aviso a su disposición cuando se convierta en cliente y debemos publicarlo en línea en HF.org.
- Conforme a la ley, le informaremos si sucede un caso de incumplimiento (acceso, uso o intercambio no autorizados) que pueda haber puesto en riesgo la privacidad de su información.
- No utilizaremos ni compartiremos su información, excepto según lo tratado en este aviso, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacerlo. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento. Si cambia de opinión, notifíquenos por escrito.
- Cuando la ley nos exija que obtengamos su permiso por escrito antes de usar o compartir su información, lo haremos.
- No utilizaremos su información genética para decidir si le proporcionaremos cobertura y el precio de esa cobertura.

### **Dejar de participar en el intercambio de información médica de Health First Medical Group, LLC y Health First Privia Medical Group, LLC ÚNICAMENTE**

Health First Privia Medical Group, LLC participa en un intercambio de información médica (HIE). Usted tiene derecho a cancelar la divulgación de sus registros médicos a un intercambio electrónico de información médica (HIE) o a través de este. Sin embargo, la información que se envía a un HIE o a través de este antes de procesar su renuncia puede continuar conservándose y accediéndose a través del HIE. Debe dejar de participar en las divulgaciones que se hagan a un HIE o a través de este por medio de cada uno de sus proveedores tratantes individuales que puedan participar en cualquier HIE determinado. Para renunciar, deberá completar el Formulario de solicitud de renuncia al HIE ("Formulario de solicitud") de Health First Privia Medical Group, LLC o comunicarse con el HIE directamente. Para recibir un Formulario de solicitud u otra información sobre el HIE, comuníquese con el consultorio de su médico de Health First Medical Group, LLC o Health First Privia Medical Group, LLC. Si luego decide que desea volver a participar en el HIE, puede hacerlo enviando el Formulario de reincorporación a la participación ("Formulario de reincorporación") de Health First Privia Medical Group, LLC.

Para recibir un Formulario de reincorporación, comuníquese con el consultorio de su médico de Health First Medical Group, LLC o Health First Privia Medical Group, LLC.

Además de comunicarse con el consultorio de su médico, si tiene preguntas sobre el HIE o para recibir el Formulario de solicitud o el Formulario de reincorporación, puede enviar un correo electrónico a **privacy@priviahealth.com**. Además, para dejar de participar en el HIE, envíe un correo electrónico a **medicalrecords@priviahealth.com**.

### **Para obtener información, hacer preguntas o presentar quejas**

Puede obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos de privacidad llamando a la Oficina de Privacidad de Health First al **321.434.7543**. También puede encontrar esta información en Internet en HF.org. A su vez, puede comunicarse con la línea directa de cumplimiento y de la HIPAA de Health First al **1.888.400.4512**.

*Entrada en vigencia: 1 de abril de 2003*

*Revisado: julio de 2016, octubre de 2019, enero de 2020*