

**ESTE AVISO LE DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA  
ACERCA DE UD. Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR, REPÁSELO CON ESMERO.**

Fecha de Vigencia: el 23 de septiembre de 2013

**Prácticas de Confidencialidad:**

El Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS), y la Administración de Grupos de Atención de Salud (HCGA) se esfuerzan para mantener la privacidad de su información de salud. El presente aviso le explica cómo y cuándo AHCCCS usa, comparte y protege su información de salud. También le explica sus derechos a la privacidad respecto a su información de salud. Si alteramos la manera que usamos, compartimos o protegemos su información, le enviaremos un otro aviso sesenta (60) días antes de cualquier cambio.

También debe recibir un aviso parecido de su Plan de Salud y de cada uno de sus médicos u otros proveedores de atención de salud avisándole de cómo se usa, se comparte y se protege su información. Los avisos deben decirle cómo quejarse con el Plan de Salud o el proveedor de atención de salud tocante a cualquier problema que tenga en cuanto a la privacidad de su información.

**Uso, Compartición y Protección de Su Información de Salud:**

AHCCCS sólo puede usar o compartir su información de salud cuando hay que hacerlo para realizar nuestro trabajo, tenemos que compartir su información para administrar el programa de AHCCCS y prestarle la atención necesaria, y asegurar que se pague a los proveedores de atención de salud. Cuando compartimos su información de salud con su Plan de Salud o proveedores de atención de salud, éstos deben mantener la privacidad de ella. Cuando compartimos su información de salud con alguien más que nos ayuda a administrar AHCCCS, requerimos que éste prometa por escrito que mantendrá la privacidad de su información.

Pediremos, usaremos y compartiremos su información de salud a fin de decidir si pagamos la atención, o no, y para averiguar que recibe la atención adecuada. Por ejemplo, los médicos y enfermeras que nos trabajan podrían mirar el plan de tratamiento de su médico para asegurar que necesite la atención recibida.

**AHCCCS y la Administración de Grupos de Atención Salud usarán y compartirán su información para:**

- Decidir qué pagar al plan de salud.
- Pagar a su plan de salud y proveedores de atención de salud.
- Coordinar el pago por la atención. Usamos y compartimos su información para asegurar que se pague la atención que se debe pagar, que no se pague atención que otra compañía de seguro de salud debe pagar, y que no se pague a su proveedor de atención de salud más de una vez.
- Coordinar su atención. Compartimos información con su plan de salud de AHCCCS, otros planes de salud, sus médicos y otros proveedores de atención de salud para coordinar su trabajo y darle a Ud. la mejor atención de salud..
- Evaluar el rendimiento de proveedores de atención de salud y planes de salud. Podríamos usar parte de su información para evaluar los servicios proporcionados por su plan de salud, médicos y otros proveedores de atención de salud. Por ejemplo, repasamos registros médicos hospitalarios para evaluar la calidad de la atención recibida en el hospital.
- A veces damos información a nuestros abogados, contadores y consultantes para ayudar a administrar el programa correcta y eficientemente y para identificar y procesar el fraude y el abuso del programa.
- Podríamos usar su información para mandarle por correo información útil de cómo seleccionar un plan de salud, sobre cambios en la atención de salud que recibe, exámenes médicos gratis e información de protección del consumidor.
- Si determinamos que AHCCCS ya no puede pagar su atención de salud, podríamos compartir parte de su información con el gobierno federal para que le ayuden a hallar otro seguro de salud. Hasta pueden ayudarle a pagar otro seguro de salud.
- A veces compartimos información con entidades u organismos del gobierno que proveen beneficios o servicios más allá del seguro de salud dado el caso que Ud. nos diga que dichos beneficios y servicios le interesan.

**El Programa Puede Divulgar Su Información de Salud a:**

- Entidades de Salud Pública para actividades tales como detener el avance de una enfermedad o reportar problemas con drogas o artículos médicos.
- Las fuerzas del orden público y otras agencias del gobierno, si Ud. es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica..
- Otras entidades de gobierno responsables por la administración del Programa de Medicaid, tales como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y su Oficina de Derechos Civiles..
- En casos jurídicos y audiencias administrativas cuando la ley nos lo exige.
- A médicos forenses, médicos legistas y directores de funerales para que hagan su trabajo..
- Organizaciones involucradas en la donación y trasplante de órganos, y las que rastrean enfermedades contagiosas y cáncer.
- Grupos, por ejemplo, universidades permitidas por la ley de hacer investigaciones usando su información.
- Para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad de la persona o del público.
- Fuerzas Armadas si es o ha sido militar.
- Correccionales o las fuerzas del orden público si está recluido en la cárcel o prisión para mantener la salubridad y seguridad de las cárceles y prisiones.
- Programas de compensación laboral que pagan lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Fuerzas del orden público o seguridad nacional e inteligencia para proteger al Presidente y a otros según la ley exige.

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE AHCCCS**

### **Su Derecho a la Privacidad:**

No se comparte su información de salud sin su permiso escrito a excepción de lo enumerado aquí y en caso de que la ley lo exija. Puede permitir que otros tengan su información de salud al llenar el Formulario de Autorización de Divulgar de AHCCCS, y puede revocar por escrito dicho permiso en cualquier momento. Por ejemplo, necesitamos su permiso escrito para:

- Usar o compartir su información de salud con fines comerciales;
- Compartir sus notas de sicoterapia;
- Vender su información de salud.

Puede revocar dicho permiso en cualquier momento al escribir a AHCCCS a la dirección abajo. No podemos usar ni compartir su información genética para tomar decisiones sobre el seguro de salud.

### **TODO PETICIÓN QUE SE HAGA A AHCCCS TIENE QUE HACERSE POR ESCRITO**

#### **Otros Derechos Sobre Su Información De Salud Son:**

- Ver y recibir copias de sus registros. Se le puede cobrar una cuota por sacarle una copia de sus registros.
- Pedir cambiar o corregir sus registros si piensa que están equivocados. Debe darnos el motivo por el cual nos pide cambiar los registros.
- Obtener una lista de las veces que hemos compartido su información. Dicha lista no incluye las veces que compartimos la información para ayudar con su tratamiento, pagar a sus médicos y otros proveedores de atención de salud, o ayudar a compañías como su plan de salud a administrar su negocio. La lista no incluye información proporcionada a Ud. o a su familia directamente, ni información compartida a raíz de su permiso escrito.
- Aviso de Incumplimiento: Si AHCCCS usa o comparte su información de salud incorrectamente, le avisaremos pronto.
- Restringir el uso y la divulgación de su información de salud. Ud. debe decirle a AHCCCS cuál información no quiere que se comparta y con quién no quiere que se comparta. AHCCCS no tiene que conformarse con su petición.
- Revocar el permiso que dio a AHCCCS de compartir su información. Si revoca el permiso, eso no afecta la información ya compartida.
- Escoger cómo nos comunicamos con Ud.: De cierta manera o en cierto lugar.
- Presentar una queja si no está de acuerdo con la manera en que AHCCCS usó o compartió su información.
- Obtener una copia impresa en papel de este aviso en cualquier momento.

### **TODO PETICIÓN QUE SE HAGA A AHCCCS TIENE QUE HACERSE POR ESCRITO**

**Cómo Comunicarse Con AHCCCS Sobre Sus Derechos A La Privacidad:** Mande todo formulario, petición y correspondencia escritos por correo a:

**AHCCCS Administration**  
ATTN: Privacy Officer  
701 East Jefferson, MD 6200  
Phoenix, AZ 85034

El Oficial de Privacidad posiblemente no le deje mirar, copiar o alterar sus registros. Si no, se le mandará una carta de explicación avisándole de cómo pedir que dicha decisión se revise. Sabrá presentar una queja a AHCCCS o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.-Oficina de Derechos Civiles.

**Cómo Presentar Una Queja:** Puede presentar una queja a AHCCCS o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.-Oficina de Derechos Civiles.

Mande su correspondencia a:

**AHCCCS Administration**  
ATTN: Privacy Officer  
701 East Jefferson, MD 6200  
Phoenix, AZ 85034

O a:

**Region IX, Office for Civil Rights**  
Medical Privacy, Complaint Division  
U.S. Depart. of Health and Human Services  
90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

#### **Para más información:**

En caso de preguntas al respecto, comuníquese, por favor, con el Oficial de Privacidad de AHCCCS.

AHCCCS puede cambiar sus Prácticas de Privacidad. Cualquier cambio corresponde únicamente a la información que ya tenemos y la que posiblemente se reciba después. Podrá ver una copia de cualquier nuevo aviso en la Oficina de Administración de AHCCCS o en nuestro sitio WEB. Puede pedir una copia del aviso actual en cualquier momento o buscarla en línea en [www.azahcccs.gov](http://www.azahcccs.gov).

**Para Comunicarse con AHCCCS, llame al:** 602-417-4000 de los códigos de área de 480,602 and 623. De otros lugares en el estado, llame al 1-800-654-8713.