



1244 Mariner Boulevard  
Spring Hill, FL 34609  
1-888-657-4170 (TTY 711)

De lunes a domingo,  
de 8 a. m. a 8 p. m.

*Es posible que, en determinadas épocas del año, usemos tecnologías alternativas para responder sus llamadas durante los fines de semana y feriados federales.*



## Su información. Sus derechos. Nuestras obligaciones.

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo puede acceder a esta información.

**Revísela detenidamente.**

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene determinados derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras obligaciones para ayudarlo.

#### Obtener una copia de su historia médica y de reclamos

- Puede pedirnos ver u obtener una copia de su historia médica y de reclamos, y otra información médica suya que tengamos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le daremos una copia o un resumen de su expediente médico y de reclamos, por lo general en un plazo de 30 días después de su pedido. Es posible que le cobremos una tasa razonable basada en los costos.

#### Pedirnos que corrijamos el expediente médico de reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos su historia médica y de reclamos si cree que son incorrectos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Es posible que le digamos que “no” a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en el plazo de 60 días.

#### Pedir comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted en una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Analizaremos todas las solicitudes razonables, y le diremos que “sí” si manifiesta que correría peligro si no lo hacemos.

*continúa en la página siguiente*

## Sus derechos *continuación*

### Solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que **no** usemos ni compartamos determinada información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir que “no” si esto afectaría su atención médica.

### Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede pedir una lista (informe) de los momentos en los que hemos compartido su información médica durante un período de seis años antes de la fecha de solicitud, de las personas con quien hemos compartido esa información y de los motivos.
- Incluiremos todas las revelaciones, excepto las relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y otras revelaciones determinadas (como las que usted nos pidió). Daremos un registro por año gratis, pero cobraremos una tasa razonable basada en los costos si pide otro registro en el plazo de 12 meses.

### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le daremos una copia impresa a la brevedad.

### Elegir a una persona para que actúe en su nombre

- Si ha designado a alguien como apoderado legal permanente en cuestiones médicas o si tiene un tutor, esta persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar medidas.

### Presentar una queja si cree que han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos al ponerse en contacto con nosotros con la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos si envía una carta a: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, si llama al 1-877-696-6775 o si visita [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 decisiones

Para determinada información médica, puede manifestar sus decisiones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara por la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen abajo, hable con nosotros. Díganos qué le gustaría que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la posibilidad de decidir darnos instrucciones para que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos y otras personas involucradas en el pago de su atención médica.
- Compartamos información en situaciones de auxilio ante catástrofes.
- Nos comuniquemos con usted para actividades de recaudación de fondos.

*Si no puede expresar sus preferencias (por ejemplo, si está inconsciente), es posible que compartamos su información si consideramos que es lo más conveniente para usted. Es posible que también compartamos su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave o inminente a su salud o seguridad.*

En estos casos, *nunca* compartimos su información, a menos que primero obtengamos su autorización por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

## Nuestros usos y revelaciones

**¿Cómo usamos o compartimos usualmente su información médica?** Usualmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

**Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe**

- Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

**Ejemplo:** Un médico nos envía información de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar la prestación de más servicios.

**Administrar nuestra organización**

- Podemos usar y revelar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- **No tenemos permitido usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de la cobertura.** Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

**Ejemplo:** Usamos su información médica para darle mejores servicios.

**Pagar sus servicios médicos**

- Podemos usar y revelar su información médica al pagar sus servicios médicos.

**Ejemplo:** Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

**Administrar su plan**

- Podemos revelar su información médica al patrocinador de su plan médico para la administración del plan.

**Ejemplo:** Su compañía nos contrata para darle un plan médico y nosotros le damos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

*continúa en la página siguiente*

**¿De qué otra manera usamos o compartimos su información médica?** Nos permiten o exigen compartir su información de otras maneras, usualmente, en formas que contribuyan al bien público, como para fines de investigación y salud pública. Debemos cumplir muchas condiciones previstas por la ley antes de poder compartir su información para 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).

---

**Ayudar con la salud pública y asuntos de seguridad**

- Podemos compartir su información médica para determinadas situaciones, como:
    - Prevenir enfermedades
    - Ayudar para sacar productos
    - Informar reacciones adversas de medicamentos
    - Informar sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica
    - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona
- 

**Investigar**

- Usamos o compartimos su información para investigación médica.
- 

**Cumplir la ley**

- Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si este quiere verificar que estemos cumpliendo las leyes federales de privacidad.
- 

**Responder ante solicitudes de donación de órganos y tejidos, y colaborar con un examinador médico o un director de funeraria**

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
  - Podemos compartir información médica con un médico forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando fallece una persona.
- 

**Tratar la compensación de los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno**

- Podemos usar o compartir su información médica:
    - Por reclamos de compensación de los trabajadores
    - Para fines de cumplimiento de la ley o con el personal de las fuerzas de seguridad
    - Con organismos de supervisión médica para actividades autorizadas por ley
    - Para funciones gubernamentales especiales, como el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial
- 

**Responder ante demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nunca compartiremos expedientes de tratamientos por abuso de sustancias sin su autorización por escrito.

## Nuestras obligaciones

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida. Tenemos políticas y prácticas establecidas para garantizar la protección de información oral, por escrito y electrónica que nuestra organización recopila, usa y revela.
- Le informaremos a la brevedad si se produce una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia de ellas.
- No usaremos ni compartiremos su información de una forma diferente a la que se describe en este documento, a menos que usted lo autorice por escrito. Si usted nos da su autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcepp.html).

### Cambios en las condiciones de este aviso

Podemos cambiar las condiciones de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos por correo una copia.

---

La fecha de vigencia de este aviso es el 1 de enero de 2018. Este aviso sobre prácticas de privacidad se aplica a Ultimate Health Plans. Para comunicarse con el director de Privacidad, llame al 1-888-657-4170 (TTY 711) y pregunte por el director de Cumplimiento, o envíe un correo electrónico a [Compliancehotline@ulthp.com](mailto:Compliancehotline@ulthp.com).