



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA REFERENTE A USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Este aviso describe cómo BlueCross BlueShield de Arizona (“BCBSAZ”) puede usar y divulgar su información de salud protegida. También describe nuestras obligaciones legales con respecto a la información de salud protegida y sus derechos para acceder y controlar dicha información. Este aviso entra en vigencia el **14 de abril de 2003** de conformidad con las normas de privacidad contenidas en la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) de 1996 (“Normas de Privacidad HIPAA”).

La información de salud protegida es información de salud identificable en forma individual, que incluye información de salud presente, así como también nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación y otros identificadores, que usted ha proporcionado o que ha sido creada o recibida por un proveedor de servicios de salud, un plan de salud, su empleador o un centro de distribución de información de salud, y que se refiere a: (1) su condición o salud mental o física pasada, presente o futura; (2) los servicios de salud que ha recibido; o (3) los pagos pasados, presentes o futuros por servicios de salud que se le han provisto.

La ley nos obliga a mantener la privacidad de su información de salud protegida. Tenemos la obligación de proporcionarle una copia de este aviso, y debemos acatar los términos y condiciones de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Si realizamos un cambio importante en el aviso, enviaremos el aviso modificado por correo a la dirección que tenemos registrada para cada titular de una póliza de seguro. El titular de una póliza de seguro es la persona a cuyo nombre se emitió la póliza.

### **USOS Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

A continuación, se presenta una descripción de las formas más probables en que podemos usar o divulgar su información de salud protegida.

#### **Pagos**

Podemos usar y revelar su información de salud protegida para todas las funciones que se incluyen en nuestras actividades de pagos. Por ejemplo, usaremos o divulgaremos su información de salud protegida para obtener primas y para pagar las reclamaciones por servicios que se hayan prestado de conformidad con su póliza. Podemos divulgar su información de salud protegida cuando un proveedor o su agente o corredor designado solicitan información relacionada con su elegibilidad de cobertura bajo un plan de salud, o podemos usar su información de salud protegida para determinar si un tratamiento que usted recibió fue necesario desde un punto de vista médico. Además, si usted está inscrito en un plan de salud colectivo, podemos divulgar su información protegida de salud a su empleador para que éste administre el plan de salud colectivo, si ha enmendado el documento del plan para el plan de salud colectivo, con el fin de limitar los usos y divulgaciones que se pueden hacer de su información de salud protegida. Consulte los documentos del plan para obtener una explicación completa de los usos y divulgaciones limitados que el empleador puede hacer de su información de salud protegida. También podemos divulgar un resumen de su información de salud a su empleador para que éste obtenga las propuestas de primas para la cobertura del plan de salud colectivo o para que modifique o ponga fin al plan de salud colectivo. Los resúmenes de información de salud han sido despojados de la información que pudiera identificarle en forma directa.

#### **Operaciones de atención de salud**

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para nuestras operaciones de atención de salud. Estas funciones incluyen, entre otras, evaluaciones y mejoras de la calidad, evaluaciones del desempeño de proveedores, administración y gestión comercial. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud protegida para ofrecerle información sobre uno de nuestros programas de administración de la atención médica o de bienestar, para responder una pregunta de servicio al cliente que usted haya formulado, o en relación con los programas de cumplimiento y de detección de abuso y fraude.

## **Socios comerciales**

Contratamos a individuos y a entidades (socios comerciales) para realizar varias funciones en representación nuestra, las cuales involucran el uso o la divulgación de información de salud protegida. Los socios comerciales deben consentir por escrito en proteger de manera adecuada su información. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un socio comercial para administrar nuestro sistema de procesamiento de reclamaciones, para administrar ciertos aspectos de los beneficios de farmacias o para mantener ciertas redes de proveedores.

## **Otras entidades**

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para ayudar a los proveedores de servicios de salud con relación a los tratamientos que prestan o a sus pagos, o para ayudar a otras entidades que se rigen por las Normas de Privacidad HIPAA en relación con ciertas operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a otra entidad regulada con el fin de coordinar beneficios, si usted o los miembros de su familia tienen cobertura a través de otro proveedor.

- **Impacto potencial de las leyes estatales**

En algunos casos, las Normas de Privacidad HIPAA no reemplazan a las leyes de privacidad estatales u otras leyes que proveen mayor protección de la privacidad a los individuos. Como resultado de esto, las leyes de privacidad de un estado en particular, u otras leyes federales, y no las Normas de Privacidad HIPAA, podrían imponer un estándar de privacidad en virtud del cual todos estaremos obligados a operar. Por ejemplo, cierta información relacionada con el VIH o SIDA, las enfermedades contagiosas, el aborto o los registros de ciertos programas para el abuso del alcohol y las drogas, pueden estar sujetos a restricciones adicionales.

- **Divulgaciones con su autorización**

Debemos divulgarle la información de salud protegida que le concierne a usted, de conformidad con la sección de derechos individuales de este aviso. Además, usted puede darnos una autorización escrita para usar su información de salud protegida o para divulgarla a otro por cualquier propósito. Divulgaremos su información de salud protegida a un individuo que designe como su representante personal y que haya calificado para tal efecto de conformidad con la ley estatal pertinente. Sin embargo, podemos optar por no tratar a esa persona como su representante personal si creemos con justificación que usted ha sido o podría ser víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia a manos de esa persona, si tratar a esa persona como su representante personal lo coloca en una situación de peligro, o si determinamos que, en el ejercicio de nuestro juicio profesional, tratar a esa persona como su representante no lo beneficia.

- **Otras personas involucradas en la atención de su salud y asistencia en desastres**

A menos que usted no esté de acuerdo, podemos divulgar su información de salud protegida a un amigo o familiar que esté involucrado en la atención de su salud. También podemos divulgar su información a una entidad que esté participando en actividades de asistencia en desastres, de modo que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y localización. Si usted no está presente o no puede dar su consentimiento a estas divulgaciones de su información de salud protegida, entonces usaremos nuestro criterio profesional para determinar si la divulgación lo beneficia.

- **Comercialización**

Podemos usar su información de salud protegida para comunicarnos con usted en persona o acerca de un regalo promocional de valor nominal.

- **Actividades de supervisión de salud**

Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de gobierno para supervisar los sistemas de atención de salud o los programas de gobierno. El Departamento de Seguros de Arizona es una de esas entidades. Como ejemplos están las divulgaciones para auditorías, investigaciones, inspecciones, acciones disciplinarias o de certificación, o acciones o procedimientos criminales, administrativos o civiles. Las agencias de supervisión incluyen agencias de gobierno que supervisan el sistema de atención de salud, los programas de beneficios del gobierno y otros programas reguladores del gobierno.

- **Procesos legales**

Podemos divulgar su información de salud protegida: (1) en el curso de cualquier proceso administrativo o judicial; (2) en respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo (en la medida que esa divulgación esté expresamente autorizada); y (3) en respuesta a una citación judicial, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal, una vez que hayamos cumplido cualquier requisito administrativo de las Normas de Privacidad HIPAA.

- **Actividades de salud pública**  
Podemos usar o divulgar su información de salud protegida a las autoridades de salud pública. Por ejemplo, podemos usar o divulgar información para el propósito de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o incapacidad, o podemos divulgar dicha información a una autoridad de salud pública autorizada a recibir reportes de abuso o negligencia de niños.
- **Abuso o negligencia**  
Podemos divulgar su información de salud protegida a las autoridades apropiadas que estén autorizadas para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica. Además, de conformidad con la ley, podemos divulgar su información a una entidad de gobierno autorizada para recibir dicha información si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Autoridades policiales**  
En ciertas condiciones, podemos también divulgar su información de salud protegida a autoridades policiales. Algunos ejemplos de las razones para tal divulgación son: que la ley u otro proceso legal lo exija, que sea necesario para localizar o identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo presencial o persona desaparecida, o que sea necesario para proveer evidencia de un crimen que ocurrió en nuestras instalaciones.
- **Médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y donación de órganos**  
Podemos divulgar información de salud protegida a un médico forense o examinador médico para el propósito de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte, o para que el médico forense o el examinador médico realicen otras actividades autorizadas por la ley. También podemos divulgar, de conformidad con la ley, información a directores de funerarias de modo que puedan desempeñar sus funciones. Asimismo, podemos divulgar información de salud protegida a organizaciones que se encarguen de la donación o transplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Investigación**  
Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores, luego que una junta examinadora institucional o un consejo de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos que aseguren la privacidad de la información, y hayan aprobado la investigación, o que ésta tenga acceso a un conjunto limitado de datos que no incluya identificadores únicos (información como nombre, dirección, número de identificación, etc., que pueda identificarlo).
- **Para prevenir una amenaza seria a la salud o a la seguridad**  
Podemos divulgar su información de salud protegida si creemos que la divulgación es necesaria para prevenir o aminorar una amenaza seria e inminente a la salud o a la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar la información de salud protegida si es necesario para que las autoridades policiales identifiquen o detengan a un individuo.
- **Actividad militar, seguridad nacional y servicios de protección**  
En ciertas condiciones, podemos divulgar su información de salud protegida si usted pertenece o perteneció a de las fuerzas armadas en actividades consideradas necesarias por el mando militar correspondiente. Si usted es un miembro del servicio militar extranjero, podemos divulgar, en ciertas circunstancias, su información a la autoridad militar extranjera. También podemos divulgar su información de salud protegida a los funcionarios federales autorizados para conducir actividades de inteligencia y seguridad nacional, y para la protección del Presidente, otras personas autorizadas o líderes del estado.
- **Reclusos**  
Si usted es un recluso en una institución correccional, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o a la autoridad policial a cargo de dicha institución, a fin de que le proporcionen atención de salud, para su salud y seguridad, para la salud y seguridad de otros, o para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Indemnización laboral**  
Podemos divulgar su información de salud protegida para cumplir con las leyes de indemnización laboral y otros programas similares que provean beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
- **Divulgaciones para la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**  
Estamos obligados a divulgar su información de salud protegida a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando la Secretaría investigue o determine nuestro cumplimiento de las Normas de Privacidad HIPAA.

- **Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida**

Los otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida que no se describieron arriba los haremos sólo con su autorización escrita. Si nos proporciona tal autorización, puede revocarla por escrito, y esta revocación tendrá vigencia para futuros usos y divulgaciones de su información de salud protegida. Sin embargo, la revocación no afectará la información que ya hayamos usado o divulgado con base en la autorización.

## **SUS DERECHOS INDIVIDUALES**

A continuación, se presenta una descripción de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

- **Derecho de solicitar una restricción**

Tiene el derecho de solicitar que apliquemos restricciones adicionales al uso y divulgación de su información de salud protegida. No estamos obligados a consentir a ninguna restricción que usted solicite. Si accedemos a la restricción, cumpliremos con ella, a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia o que la ley obligue o permita el uso o la divulgación.

Para solicitar una restricción, complete un formulario de solicitud de restricción y envíelo por correo a la oficina de privacidad, a la dirección que aparece en la última sección de este aviso. Para obtener un formulario de solicitud de restricción, llame al número de servicio al cliente de BCBSAZ que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de BCBSAZ, o al (602) 864-4400 o al (800) 232-2345. Como alternativa, puede llamar a la oficina de privacidad al (602) 864-2255 o al (800) 232-2345 extensión 2255.

- **Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales**

Si cree que la divulgación de la totalidad o parte de su información de salud protegida puede ponerlo en peligro, puede solicitar que le entreguemos su información de salud protegida en una forma alternativa o en un lugar alternativo. Nos adaptaremos a toda solicitud de comunicación confidencial que sea razonable y que en forma veraz establezca que la divulgación de la totalidad o parte de su información de salud protegida puede ponerlo en peligro. Una vez que una solicitud de comunicación confidencial comience a regir, toda su información de salud protegida será procesada de acuerdo con sus instrucciones, a menos que la ley requiera un uso o divulgación específico. No procesaremos solicitudes basadas en diagnósticos específicos. Tenga en cuenta que, aunque usted solicite la comunicación confidencial, la factura por servicios que reciba de un proveedor se puede enviar al titular de la póliza. Además, esos servicios pueden modificar los deducibles, máximos de coaseguro y otras partidas de costos compartidos.

Para hacer tal solicitud, puede llamar a la oficina de privacidad al (602) 864-2255 o al (800) 232-2345 extensión 2255, o enviar por correo una solicitud escrita a la oficina de privacidad, a la dirección que aparece en la última sección de este aviso. Dentro de los 30 días siguientes a una solicitud verbal, usted deberá documentar la solicitud oral por escrito. Cualquier solicitud escrita debe incluir la siguiente información: (1) su número de identificación de BCBSAZ, (2) su fecha de nacimiento, (3) su deseo de que nos comuniquemos con usted en una manera alternativa o en un lugar alternativo, (4) la manera y lugar alternativos, y (5) una declaración de que la divulgación de la totalidad o parte de la información de salud protegida en una forma diferente a la especificada en sus instrucciones lo pondría en peligro. Si lo prefiere, puede completar un formulario de solicitud de comunicación confidencial y enviarlo por correo a la oficina de privacidad, a la dirección que aparece en la última sección de este aviso. Para obtener un formulario de solicitud de comunicación confidencial, llame al número telefónico de servicio al cliente de BCBSAZ que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de BCBSAZ, o al (602) 864-4400 o al (800) 232-2345.

- **Derecho de acceso**

Tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida, con excepciones limitadas, que BCBSAZ y sus socios comerciales mantienen.

Para solicitar acceso a su información de salud protegida, debe completar un formulario de solicitud de acceso a información y registros de salud protegidos y enviarlo por correo a la oficina de privacidad, a la dirección que aparece en la última sección de este aviso. Para obtener una solicitud de acceso a información y registros de salud protegidos, llame a la oficina de servicio al cliente de BCBSAZ al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de BCBSAZ, o al (602) 864-4400 o al (800) 232-2345. Si solicita una copia de la información, podemos cargarle los costos de copiado, envío por correo, o de otros suministros asociados con su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en ciertas circunstancias que se exponen en las Normas de Privacidad HIPAA. En ciertas condiciones, si se le niega el acceso a su información, puede solicitarnos que se designe un profesional certificado de atención de salud diferente, que no haya participado en la determinación inicial, para revisar la determinación. Para hacer tal solicitud, llame a la oficina de

privacidad al (602) 864-2255 o al (800) 232-2345 extensión 2255. No todas las negaciones de acceso están sujetas a revisión.

- **Derecho de enmienda**

Si cree que su información de salud protegida es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que enmendemos su información.

Para solicitar que enmendemos su información de salud protegida, debe completar un formulario de solicitud de enmienda y enviarlo por correo a la oficina de privacidad, a la dirección que aparece en la última sección de este aviso. Para obtener un formulario de solicitud de enmienda, llame al número telefónico de servicio al cliente de BCBSAZ que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de BCBSAZ, o al (602) 864-4400 o al (800) 232-2345. En ciertos casos, podemos rechazar su solicitud de enmienda por las razones que se exponen en las Normas de Privacidad HIPAA. Por ejemplo, podemos rechazar su solicitud si nosotros no creamos la información que desea enmendar, sino fue creada por otra entidad. Si rechazamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentarnos una declaración de desacuerdo. Su declaración de desacuerdo se vinculará con la información en disputa y todas las futuras divulgaciones de dicha información en disputa incluirán su declaración.

- **Derecho de una lista de divulgaciones**

Tiene el derecho de recibir una lista de ciertas divulgaciones que BCBSAZ y sus socios comerciales han hecho de su información de salud protegida. Usted no tiene derecho de recibir una lista de las divulgaciones que fueron realizadas para nuestras operaciones de atención de salud o de pago, las realizadas de conformidad con su autorización o en otras circunstancias limitadas. Tenga en cuenta que la mayoría de las divulgaciones de su información de salud protegida se harán para propósitos de pago o de las operaciones de atención de salud. La lista incluirá la fecha de la divulgación, el destinatario, una breve descripción de la información que se divulgó y el propósito de la divulgación. Su solicitud puede contemplar divulgaciones realizadas hasta 6 años antes de la fecha de su solicitud, pero no puede incluir divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003. Para solicitar una lista de divulgaciones, debe completar un formulario de solicitud de una lista detallada de divulgaciones y enviar la solicitud a la dirección que aparece en la última sección de este aviso. Para obtener un formulario de solicitud de una lista de divulgaciones, llame al número telefónico de servicio al cliente de BCBSAZ que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, o al (602) 864-4400 o al (800) 232-2345. La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Por las listas adicionales en ese mismo período de 12 meses, podemos cargarle los costos de proporcionarle la lista.

- **Derecho a una copia impresa de este aviso**

Tiene derecho a una copia impresa de este aviso, aunque haya consentido en aceptar este aviso en forma electrónica.

### **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, contáctenos en:

Blue Cross Blue Shield of Arizona  
Privacy Office, C105  
P.O. Box 13466  
Phoenix, Arizona 85002-3466

Si tiene inquietudes sobre nuestras políticas o procedimientos de privacidad, nuestro cumplimiento de nuestras políticas o procedimientos de privacidad o nuestro cumplimiento de las Normas de Privacidad HIPAA, puede comunicar su queja a la oficina de privacidad de BCBSAZ, a la dirección que aparece arriba. Para obtener un formulario de queja, llame al número telefónico de servicio al cliente de BCBSAZ que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de BCBSAZ, o al (602) 864-4400 o al (800) 2332-2345. También puede enviar una queja escrita a la Secretaría del Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos. Las quejas que se presenten directamente a la Secretaría deben: (1) ser por escrito; (2) contener el nombre de la entidad contra la que se presenta la reclamación; (3) describir los problemas que correspondan; y (4) presentarse dentro de los 180 días siguientes al momento en que usted notó el problema.

Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su información de salud protegida. Puede estar seguro de que no habrá represalias de ningún tipo si decide presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos.