

## **Aviso sobre las prácticas de privacidad de la HIPAA**

### **CONFIDENCIALIDAD DE SU INFORMACIÓN DE LA SALUD**

ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN EL QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Nuestras prácticas de privacidad reflejan la ley federal y estatal aplicables. Las leyes de privacidad de un estado en particular u otras leyes federales pueden imponer una norma de privacidad más estricta. Si esas leyes más estrictas se aplican y no hay reglas federales previas conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act) de 1974, los Planes cumplirán la ley más estricta.

La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su Información protegida sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés). La Información protegida sobre la salud (PHI) es información que Delta Dental mantiene o transmite, que puede identificarle a usted y se relaciona con aspectos pasados, presentes o futuros de sus enfermedades físicas o mentales y los servicios de salud relacionados.

Algunos ejemplos de PHI son su nombre, dirección, número de teléfono o fax, dirección de correo electrónico, número de Seguro Social u otro número de identificación, fecha de nacimiento, fecha de tratamiento, registros de tratamiento, radiografías, registros de reclamaciones e inscripción. Recibimos, usamos y divulgamos su PHI para administrar su plan de beneficios según lo exija o permita la ley.

Debemos respetar los requisitos federales y estatales sobre privacidad descritos que correspondan a la administración de sus beneficios, y proporcionarle una copia de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad cuando sea necesario, y publicaremos oportunamente el aviso actualizado en nuestro sitio web en un plazo de 60 días.

### **USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS DE SU PHI**

#### **Usos y divulgaciones de su PHI para fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud**

No se requiere su autorización explícita para divulgar información con fines de tratamiento de cuidado de la salud, pago de reclamaciones, facturación de primas y otras operaciones de cuidado de la salud. Ejemplos de esto incluyen procesar sus reclamaciones, recopilar información sobre inscripción y primas, revisar la calidad del cuidado de la salud que recibe, brindar servicios al cliente, resolver sus quejas y compartir la información sobre pagos con otras

compañías de seguros, determinar su elegibilidad para los servicios, facturar a usted o al patrocinador de su plan.

Si su empleador u otra parte patrocina su plan de beneficios, podemos proporcionar PHI a su empleador o patrocinador del plan para que administre sus beneficios. Según lo permita la ley, podemos divulgar PHI a compañías afiliadas que proporcionen servicios en nuestro nombre para administrar sus beneficios. Toda compañía afiliada que preste servicios en nuestro nombre firmó un contrato por medio del cual aceptó proteger la confidencialidad de su PHI y ha implementado procedimientos y políticas de privacidad que cumplen la ley federal y estatal correspondiente.

### **Usos y divulgaciones permitidos sin autorización**

Podemos divulgar su PHI a solicitud suya, o a un representante personal autorizado (con determinadas excepciones), cuando la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos lo solicite para investigar o determinar nuestro cumplimiento de la ley y cuando ésta así lo exija. Podemos divulgar su PHI sin su autorización previa en respuesta a lo siguiente:

- orden judicial;
- orden de una junta, comisión o agencia administrativa con fines de adjudicación conforme a su autoridad legal;
- citación en una acción civil;
- citación para una investigación a cargo de una junta, comisión o agencia gubernamental;
- citación en un arbitraje;
- orden de allanamiento para el cumplimiento de la ley; o
- solicitud del forense durante las investigaciones.

Algunos otros ejemplos son: para notificar o ayudar a notificar sobre su estado clínico a un miembro de la familia, otra persona o un representante personal; para asistir a los esfuerzos de ayuda en catástrofes; para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades pertinentes; para fines de donación de órganos; para evitar amenazas graves a la salud o la seguridad; para funciones especializadas del gobierno, como actividades del ejército o de veteranos; para fines de indemnización por accidentes de trabajo; y, con algunas restricciones, podemos usar o divulgar su PHI para fines de suscripción, siempre y cuando no contenga información genética. La información también puede disociarse o resumirse para que no pueda vincularse a usted y, en casos exclusivos, para fines de investigación con la supervisión adecuada.

### **Divulgaciones con su autorización**

No usaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización previa por escrito, a menos que lo permita la ley. Si usted da una autorización, puede revocarla después, por escrito, para impedir el uso y la divulgación en el futuro.

## **SUS DERECHOS SOBRE LA PHI**

### **Tiene derecho a solicitar una inspección y obtener una copia de su PHI.**

Puede tener acceso a su PHI si envía una solicitud por escrito. La solicitud debe incluir (1) su nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación, y (2) la PHI que solicita. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, generalmente en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de su solicitud. Es posible que cobremos un cargo por los costos de copiado y envío, así como de otros materiales relacionados con su solicitud. Solo conservaremos la PHI que obtengamos o usemos para proporcionarle sus beneficios del cuidado de la salud. Es posible que no conservemos cierta PHI, como registros de tratamiento o radiografías, después de haber revisado tal información. Es posible que deba ponerse en contacto con su proveedor del cuidado de la salud para obtener la PHI que no esté en nuestra posesión.

Usted no puede revisar ni hacer copias de la PHI compilada con anticipación razonable para, o usada en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, ni tampoco de la PHI que de otro modo no está sujeta a divulgación en virtud de la ley federal y estatal. En algunas circunstancias, puede tener derecho a que se revise esta decisión.

### **Tiene derecho a solicitar una restricción de su PHI.**

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en la que usamos y divulgamos su PHI; sin embargo, no puede restringir nuestros usos y divulgaciones legales o permitidos de la PHI. Si bien tomaremos en cuenta su solicitud, no estamos legalmente obligados a aceptar las solicitudes que no podamos cumplir o implementar razonablemente en caso de emergencia.

### **Tiene derecho a corregir o actualizar su PHI.**

Puede solicitar que se modifique su PHI. En determinados casos, es posible que rechacemos su solicitud de modificación. De ser así, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nosotros, la cual podemos refutar. En caso de que hubiere una refutación, le proporcionaremos una copia de ella en un plazo de 60 días. Si un tercero nos envió su PHI, podemos remitirlo a dicha persona para que realice la modificación. Por ejemplo, es posible que lo remitamos a su proveedor para que modifique el plan de tratamiento o a su empleador, si corresponde, para que modifique su información de inscripción.

### **Usted tiene derechos relacionados con el uso y la divulgación de su PHI con fines de mercadeo.**

Obtendremos su autorización para usar o divulgar PHI con fines de mercadeo cuando así lo exija la ley. Tiene derecho a cancelar su autorización en cualquier momento. No usamos su PHI con fines de recaudación de fondos.

### **Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted o bien comunicarse con nosotros de manera confidencial a través de medios alternativos o a una dirección diferente.**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que solamente nos pongamos en contacto con usted en su trabajo o por correo. No le preguntaremos el motivo de la solicitud.

Contemplaremos todas las solicitudes razonables. Debe especificar en la solicitud la manera o el lugar en los que desee que nos comuniquemos con usted.

**Dado el caso, tiene derecho a recibir una explicación de determinadas divulgaciones de su PHI que hayamos realizado.**

Tiene derecho a recibir una explicación de las divulgaciones, con algunas restricciones. Este derecho no se aplica a las divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud, ni tampoco a aquella información que hayamos divulgado después de haber recibido una autorización válida de su parte. Además, no se nos exige dar cuenta de las divulgaciones que hayamos hecho a usted, a familiares o a amigos que participan en su cuidado, ni por razones de notificación. No se nos exige dar cuenta de las divulgaciones que hayamos hecho por razones de seguridad nacional, determinados fines de cumplimiento de la ley o divulgaciones realizadas como parte de una serie limitada de datos. Le proporcionaremos sin costo una explicación al año, pero le cobraremos un cargo razonable con base en los costos si solicita otra en un plazo de 12 meses.

**Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.**

Hay una copia de este aviso publicada en nuestro sitio web. También puede solicitar que le enviemos una copia.

**Tiene derecho a ser notificado en caso de una violación de seguridad de la información protegida sobre la salud.**

Si descubrimos que hemos comprometido la privacidad de su PHI, se lo informaremos por escrito, a la dirección que esté en el expediente.

**Tiene derecho a elegir a alguien que actúe en representación suya.**

Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para atención médica o si otra persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**QUEJAS**

Puede presentar su queja ante nosotros o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomaremos ninguna represalia en su contra por presentar una queja.

**CONTACTOS**

Si desea obtener más información sobre el proceso de quejas o cualquier aspecto incluido en el

presente aviso, póngase en contacto con nosotros al 1-866-530-9675, o escríbanos a la siguiente dirección.

Delta Dental  
PO Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330

Este aviso entra en vigencia el 1.º de marzo de 2019.

Nuestra empresa Delta Dental incluye las siguientes compañías en estos estados: Delta Dental of California en California; Delta Dental of the District of Columbia en el Distrito de Columbia; Delta Dental of Pennsylvania en Pensilvania y Maryland; Delta Dental of West Virginia, Inc. en Virginia Occidental; Delta Dental of Delaware, Inc. en Delaware; Delta Dental of New York, Inc. en Nueva York; Delta Dental Insurance Company en Alabama, el Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Montana, Nevada, Texas y Utah.