

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

SU PRIVACIDAD ES IMPORTANTE PARA EL UCLA HEALTH MEDICARE ADVANTAGE PLAN

El UCLA Health Medicare Advantage Plan comprende lo importante que es para usted su información médica personal. El UCLA Health Medicare Advantage Plan se compromete a proteger su información. También cumplimos las leyes federales y estatales que regulan su información médica. Utilizamos su información médica (y permitimos que otros la tengan) solamente de la manera en que lo permiten las leyes federales y estatales. Estas leyes le otorgan determinados derechos en relación con su información médica. Este Aviso describe las prácticas de privacidad de UCLA Health Medicare Advantage Plan, incluidos todos nuestros miembros del personal con acceso a su información médica.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

OBTENER UNA COPIA DE SU EXPEDIENTE MÉDICO Y REGISTROS DE RECLAMACIONES

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia del expediente médico y de los registros de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su expediente médico y registro de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable y basada en el costo.

SOLICITUDES DE CORRECCIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO Y LOS REGISTROS DE RECLAMACIONES

- Usted puede pedirnos que corrijamos su expediente médico y registros de reclamaciones si cree que son erróneos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le comunicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir “sí” si usted nos manifiesta que estaría en peligro si no lo hacemos.

SOLICITAR UN LÍMITE A LA INFORMACIÓN QUE USAMOS O COMPARTIMOS

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.

- No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectaría los cuidados de salud que recibe.
- Si recibimos información relacionada con su diagnóstico, pronóstico o tratamiento por un trastorno por consumo de sustancias sujeto a la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) (“Registros de la Parte 2”), no utilizaremos ni divulgaremos sus Registros de la Parte 2, ni prestaremos testimonio sobre el contenido de sus Registros de la Parte 2, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que haya dado su consentimiento por escrito para dicha divulgación (aparte de su consentimiento para cualquier otro uso o divulgación), o que se dicte una orden judicial después de que se le haya notificado y se le haya dado la oportunidad de ser escuchado a usted o a nosotros (como titular legal del Registro de la Parte 2), según lo dispuesto en el título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Parte 2. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación de esta información debe ir acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue la divulgación antes de que se utilice o divulgue la información solicitada.

OBTENER UNA LISTA DE AQUELLOS CON QUIENES HEMOS COMPARTIDO SU INFORMACIÓN

- Usted puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante seis años antes de la fecha en que usted la solicitó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado que hagamos). Le proporcionaremos un recuento al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable y basada en el costo si solicita otra antes de transcurridos 12 meses.

OBTENER UNA COPIA DE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD

- Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

ELEGIR A ALGUIEN QUE ACTÚE EN SU NOMBRE

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

PRESENTAR UNA QUEJA SI CREE QUE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD HAN SIDO INFRINGIDOS

- Usted puede quejarse si considera que hemos infringido sus derechos y para ello debe ponerse en contacto con nosotros usando la información siguiente.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) enviando una carta a
 - 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201,
o llamando al [1-877-696-6775](tel:1-877-696-6775)
O visitando el sitio web [Filing a HIPAA Complaint | HHS.gov](https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/complaint/)
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS ELECCIONES

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

EN ESTOS CASOS, USTED TIENE EL DERECHO Y LA OPCIÓN DE DECIRNOS QUÉ:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su cuidado.
- Compartamos información en una situación de socorro en casos de desastre.

Si usted no puede decirnos cuál es su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

EN ESTOS CASOS, NUNCA COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN A MENOS QUE USTED NOS DÉ PERMISO POR ESCRITO:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES: ¿CÓMO USAMOS O COMPARTIMOS TÍPICAMENTE SU INFORMACIÓN DE SALUD?

Típicamente usamos o compartimos su información de salud 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 le están tratando.
 - Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

DIRIGIR NUESTRA ORGANIZACIÓN

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le daremos cobertura ni para fijar el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado de salud de largo plazo.
 - Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

PAGAR POR SUS SERVICIOS DE SALUD

- Podemos usar y divulgar su información médica al pagar sus servicios de salud.
 - Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

OTROS USOS: ¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información, véase:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

AYUDAR CON ASUNTOS DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD

Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones, como por ejemplo:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos del mercado
- Informar sobre reacciones adversas a los medicamentos
- Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

REALIZAR INVESTIGACIÓN

- Podemos usar o compartir su información para realizar investigación en el campo de la salud.

CUMPLIR CON LA LEY

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

RESPONDER A LAS SOLICITUDES DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y TRABAJAR CON UN MÉDICO FORENSE O DIRECTOR DE FUNERARIA

- Podemos compartir su información médica con organizaciones para la obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, patólogo forense o director de funeraria cuando una persona muere.

BRINDAR ATENCIÓN A LA COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES, LA APLICACIÓN DE LA LEY Y OTRAS SOLICITUDES DEL GOBIERNO

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos del seguro de compensación a los trabajadores
- Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial del orden público
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno, como las militares, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

RESPONDER A DEMANDAS Y ACCIONES JUDICIALES

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

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia de dicho aviso.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión. Para más información véase: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org, y le enviaremos una copia por correo.

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SE APLICA A LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES

UCLA Health Medicare Advantage Plan
5757 West Century Blvd., Suite 200
Los Angeles, CA 90045

Privacy Officer
Correo electrónico: HPPrivacy@mednet.ucla.edu
Teléfono: 1-833-627-8252

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

Este Aviso de prácticas de privacidad entró en vigor el 16 de febrero de 2026.