

# NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD



Por ley, Western Health Advantage (WHA, por sus siglas en inglés) tiene la obligación de mantener la privacidad de su información médica y de proporcionarle notificación sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Debemos seguir las prácticas descritas en el aviso mientras esté en efecto.

## **Notificación de Prácticas de Privacidad (“Notificación”) para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida (“PHI”)**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE DE QUÉ MANERA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR, REVÍSELA CON ATENCIÓN.**

## **PROTEGIENDO SU PRIVACIDAD**

En WHA entendemos la importancia de mantener la confidencialidad de su información médica y nos comprometemos a utilizar esa información médica de la manera dispuesta por la ley federal y estatal. WHA protege su información de salud electrónica, escrita y oral en toda nuestra organización.

### **Información Médica Protegida (PHI)**

Para los fines de esta Notificación, “información médica” o “información” se refiere a Información Médica Protegida. La Información Médica Protegida se define como información que identifica quién es usted y que se relaciona a su salud o condición física o mental, pasada, presente o futura, la prestación de atención médica o pagos por la atención. La información que nosotros utilizamos y compartimos incluye, entre otros:

- su nombre, dirección y otra información demográfica;
- información personal sobre sus circunstancias (ejemplo: información médica para fines de diagnóstico o tratamiento con médicos, enfermeras e instalaciones)

## **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.

## **Recibir una copia de su historial médico y de reclamos**

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y de reclamos y otra información médica que tengamos de usted. No incluye lo siguiente: apuntes sobre psicoterapia ni información que se utilizará en una demanda judicial o en un proceso administrativo. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o, si lo pide, un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable basado en el costo.

## **Solicitarnos que corrijamos el historial médico y de reclamos**

- Puede solicitarnos que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

## **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y diremos “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hiciéramos.

## **Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectaría su atención.

---

**WHA Member Services:** 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833  
916.563.2250 or 888.563.2250 gratis | 888.877.5378 TTY  
Miembros de UC: 916.563.2252 or 888.563.2252 gratis  
Miembros de CalPERS: 888.942.7377 gratis

## **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable basado en el costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

## **Obtener una copia de esta Notificación de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta Notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la Notificación de forma electrónica. Comuníquese con Servicios al Miembro de WHA. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato. También puede encontrar esta Notificación en nuestro sitio web: [westernhealth.com](http://westernhealth.com).

## **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación 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 considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja al comunicarse con nosotros por medio de la información al final de este aviso.
- Usted también tiene el derecho de presentar una queja con el gobierno federal por medio de la información al final de este aviso.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## **SUS OPCIONES**

### **Para determinada información médica, puede informarnos sus decisiones sobre qué compartimos.**

Si tiene una preferencia clara acerca de cómo

compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención;
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de catástrofe.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

En cualquier otra situación diferente de las descritas anteriormente, le solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar información acerca de usted. Por ejemplo, solicitaremos su autorización para:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

En el caso de información confidencial o sensible, como resultados de la prueba HIV o notas de psicoterapia, se asegurará su autorización por escrito en la mayoría de las situaciones.

## **NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES**

Debemos divulgar su PHI:

- A usted o a una persona que tiene el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) para poder administrar sus derechos como se describe en esta Notificación; y
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurarnos de que su privacidad esté protegida.

Usted tiene el derecho de autorizar o negar la divulgación de PHI para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Podemos utilizar y dar a conocer su información médica para usos permitidos o exigidos por la ley federal, estatal o local. En los casos en que su información médica no se utilice para esos fines, nos aseguraremos de su autorización por escrito antes de poder darla a conocer.

---

## **POR LO GENERAL, ¿CÓMO UTILIZAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA?**

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

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.*

### **Dirigir nuestra organización**

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura.
- Podemos enviarle comunicaciones para enviarle correspondencia sobre nuestras actividades para recaudar fondos. Usted tiene el derecho de rechazar dicha correspondencia.

*Ejemplo: Utilizamos la información médica sobre usted para ofrecerle mejores servicios, incluidas encuestas de satisfacción de los miembros, actividades de cumplimiento y normativas, y actividades de quejas y apelaciones.*

### **Pagar por sus servicios médicos**

Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

*Ejemplo: Podemos dar a conocer información sobre usted a un hospital u otro proveedor de atención de salud para fines de pago de los servicios de atención médica que usted recibe. También podemos proporcionar información al suscriptor de una política familiar u otra persona con el propósito de manejar o entender las facturas médicas, gestionar los reclamos, conciliar sus deducibles o los pagos máximos a pagar de su bolsillo.*

### **Administrar su plan**

Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

*Ejemplo: Su compañía/empleador nos contrata para*

*proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas (excepto la información médica) para explicar las primas que cobramos.*

## **¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS UTILIZAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?**

Se nos permite o exige compartir su información, sin su autorización por escrito, de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos.

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

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
- Plan de atención en caso de desastre.

### **Realizar investigaciones médicas**

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones médicas.

### **Cumplir con la ley**

Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, lo que incluye compartir dicha información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense, director funerario o patólogo forense cuando un individuo fallece.

---

## Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- En reclamos de compensación de trabajadores.
- A los fines de cumplir con la ley o con un oficial de las fuerzas de seguridad.
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley, como concesión de licencias y calidad de la atención.
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

## Responder a demandas y acciones legales

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

Para más información, visite: [www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/privacy-rights-20130204-spn.pdf](http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/privacy-rights-20130204-spn.pdf)

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en esta Notificación y entregarle una copia de esta.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de parecer.

Como parte de las operaciones normales, WHA divulga su información a Prestadores de Servicios del Plan (es decir, grupos médicos, hospitales, compañías que administran beneficios farmacéuticos, prestadores de servicios sociales, etc.) o socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre. En todos los casos donde su PHI se comparta con prestadores de servicios del plan, patrocinadores del plan y socios comerciales, tenemos un contrato por escrito que contiene vocabulario diseñado para proteger la privacidad de su información médica. Todas estas entidades tienen la obligación de mantener

en confidencia su información médica y proteger la privacidad de su información de conformidad con las leyes estatales y federales.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html)

---

\*\*\*\*\* IMPORTANTE \*\*\*\*\*

**WHA NO TIENE COPIAS COMPLETAS DE SUS EXPEDIENTES CLÍNICOS. SI DESEA CONSULTAR, OBTENER UNA COPIA, O CAMBIAR SUS EXPEDIENTES CLÍNICOS, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON SU MÉDICO O GRUPO MÉDICO.**

---

## CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTA NOTIFICACIÓN

Podemos modificar los términos de esta Notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva Notificación estará disponible en nuestro sitio web, [westernhealth.com](http://westernhealth.com), y le enviaremos una copia por correo si lo solicita.

Esta Notificación entra en vigor el 1 de enero de 2018 y permanecerá en vigor hasta que la reemplacemos o modifiquemos.

## SI DESEA PRESENTAR UNA QUEJA

### Puede escribir a:

Western Health Advantage  
Attention: Privacy Complaints  
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100  
Sacramento, CA 95833

### También puede llamar o enviarnos un correo electrónico a:

916.563.2250 or 888.563.2250  
Miembros de UC: 916.563.2252 or 888.563.2252  
Miembros de CalPERS: 888.942.7377  
TDD/TTY 888.877.5378  
[privacy@westernhealth.com](mailto:privacy@westernhealth.com)

### Quejas ante el gobierno federal

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509 F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
877.696.6775  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.563.2250 y encuentre más información en línea en <https://www.westernhealth.com/legal/non-discrimination-notice/>.

Si usted cree que Western Health Advantage no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal por teléfono, correo, fax, correo electrónico o en línea: Administrador de Servicios para Miembros, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, 888.877.5378 (TTY), 916.568.0126 (fax), [memberservices@westernhealth.com](mailto:memberservices@westernhealth.com), <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form>.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Para obtener más información sobre el proceso de queja formal de Western Health Advantage y sus derechos de queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California, visite nuestro sitio web en <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form/>.

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; Por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; Teléfono: 800.368.1019 o 800.537.7697 (TDD); Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

## ENGLISH

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 888.877.5378.

## SPANISH

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 888.877.5378 si tiene dificultades auditivas.

## CHINESE

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 888.877.5378。

## VIETNAMESE

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 888.877.5378.

## TAGALOG

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalín, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 888.877.5378.

**KOREAN**

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 888.877.5378로 연락하십시오.

**ARMENIAN**

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 888.877.5378՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

**PERSIAN-FARSI**

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفا با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 888.877.5378 پیام تالیپی ارسال کنند.

**RUSSIAN**

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 888.877.5378.

**JAPANESE**

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、888.877.5378までお電話ください。

**ARABIC**

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 888.877.5378.

**PUNJABI**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪ ਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਵੱਦਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**CAMBODIAN-MON-KHMER**

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ កំពុងកំពុងជួយអ្នក ម្ចាស់សំណួរ អំពី Western Health Advantage បេ, អ្នកម្ចាស់សិទ្ធិពេញលេញជំនួយនឹងព័ត៌មាន ប្រាកដន្នភាពសម្រាប់អ្នក បោយមិនអ្វីហាក់។ បើបើនិយាយជាមួយអ្នករកដំប្រ សូមូស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកប្តូរៀកច្រន់ តាមបលខ 888.877.5378។

**HMONG**

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 888.877.5378.

**HINDI**

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में परनि हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी परापत करने का अधिकार है। दुआशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह रिक्कण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

**THAI**

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378