

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
PARA  
SOUTHWEST HEALTH BENEFIT FUND**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

**Fecha de entrada en vigor del presente aviso: 1 DE SEPTIEMBRE DE 2014**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (**Aviso**) describe las prácticas de privacidad y obligaciones legales del plan y sus derechos legales con respecto a su Información de Salud Protegida (“**PHI**”) que mantiene el plan bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (“**HIPAA**”) y la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (“**HITECH**”). Entre otras cosas, este Aviso describe cómo puede utilizarse o divulgarse su PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica o para cualquier otro fin permitido o exigido por la ley.

La Regla de Privacidad de la HIPAA solo protege cierta información médica conocida como “**información de salud protegida**” o “**PHI**”. En general, la PHI es información de salud, incluida la información demográfica que se obtiene de usted o que el plan crea o recibe de cualquier forma (oral, escrita o electrónica), a partir de la cual es posible identificarlo individualmente. Además, debe estar relacionada con su salud o estado (físico o mental) pasado, presente o futuro; con prestarle atención médica; o con el pago de su atención médica (puede ser un pago pasado, presente o futuro).

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o nuestras prácticas de privacidad, o necesita un formulario para ejercer sus derechos individuales, póngase en contacto con el **Responsable de Privacidad** del Plan a la siguiente dirección:

M. Monroe Norrid, Jr.  
11580 Reeder Road  
Dallas, Texas 75229  
(972) 243-5661

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Estamos obligados por ley a hacer lo siguiente con respecto a su PHI: (1) mantener su privacidad; (2) notificarle si descubrimos una violación de PHI no segura; (3) proporcionarle ciertos derechos; (4) proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad; y (5) seguir los términos del aviso que actualmente está en vigor.

El plan tiene el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso para toda la PHI que mantiene. Si introducimos algún cambio sustancial en este Aviso, le proporcionaremos un Aviso revisado.

## **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SUS INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Por ley, podemos utilizar o divulgar su PHI en las circunstancias descritas a continuación, sin su autorización u oportunidad de oponerse. Para cada categoría, explicamos lo que queremos decir y damos un ejemplo. No se enumeran todos los usos o divulgaciones dentro de una categoría, pero todas las formas en que podemos utilizar y divulgar la PHI entran dentro de una de las categorías enumeradas.

**Para su tratamiento médico:** “Tratamiento” significa proporcionar, coordinar, gestionar o facilitar su tratamiento y servicios médicos. Por ejemplo, el plan puede divulgar la PHI a su médico en relación con su tratamiento.

**Para el pago:** “Pago” se refiere a las acciones tomadas para asegurar que su tratamiento y servicios de atención médica sean facturados y pagados correctamente según los términos del plan. También puede incluir acciones relacionadas con la determinación de la cobertura, la coordinación de los beneficios, la gestión de reclamos, la subrogación, el reembolso, los cobros, la obtención de pagos en virtud del reaseguro, las revisiones de la necesidad médica y la revisión de la utilización. Por ejemplo, el plan determina si un empleado ha trabajado suficientes horas en un empleo cubierto para tener derecho a los beneficios y puede confirmar la cobertura con un hospital en relación con la facturación y el pago de la hospitalización de un empleado.

**Para operaciones de atención médica:** “Operaciones de atención médica” se refiere a las operaciones y actividades comerciales del plan que están relacionadas con su funcionamiento como plan de salud y la provisión de beneficios de salud para usted. Incluyen la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, la coordinación o gestión de la asistencia, la evaluación del rendimiento de los proveedores de atención médica y de los planes, las actividades de seguros relacionadas con la obtención, renovación y sustitución de contratos de seguros médicos o reaseguros, la realización u organización de revisiones médicas, los servicios jurídicos y las funciones de auditoría (como los programas de detección de fraudes y abusos y de cumplimiento de las normas), la planificación y el desarrollo empresariales, la gestión empresarial y las actividades administrativas generales. El plan **no** puede utilizar su información genética con fines de suscripción. Por ejemplo, el plan puede compartir PHI con sus consultores para proyectar costos de beneficios futuros.

**Alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud:** Su PHI puede utilizarse y divulgarse en relación con comunicaciones a usted sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés (siempre que el plan no reciba ningún pago directo o indirecto a cambio de la comunicación).

**A los asociados comerciales:** “Asociados comerciales” son personas o entidades que prestan servicios o realizan funciones que involucran PHI en nombre del plan, como servicios actuariales, contables, legales, de consultoría o administrativos de terceros. Antes de divulgar la Información de Salud Protegida a un asociado comercial, el plan exigirá que el asociado comercial firme un acuerdo escrito que lo obligue a implementar las salvaguardas de privacidad y seguridad adecuadas para proteger la Información de Salud Protegida. Por ejemplo, podemos divulgar la PHI al asesor legal del plan para manejar un asunto de subrogación, pero solo después de que el plan y el asesor legal hayan celebrado un acuerdo de asociación comercial.

**Al patrocinador del plan:** El Consejo de Administradores es el “Patrocinador del Plan”. El plan permite la divulgación de la PHI a los administradores y empleados de la oficina del fondo según sea necesario para realizar funciones administrativas en nombre del plan y les exige que protejan la privacidad y seguridad de toda la PHI que reciban. Su PHI no puede utilizarse con fines laborales sin su autorización específica por escrito.

**A familiares u otras personas:** El plan puede divulgar a un familiar, amigo cercano u otra persona identificada por usted, la PHI que esté directamente relacionada con su participación en su atención médica o su pago, sujeto a las siguientes condiciones. Si usted está presente o disponible antes de la divulgación, debe estar de acuerdo con la divulgación o se le debe dar la oportunidad de oponerse a la divulgación y no oponerse, o el plan debe inferir razonablemente de las circunstancias que usted no se opone a la divulgación. Si usted no está presente o la oportunidad de aceptar u objetar no es posible debido a su incapacidad o circunstancias de emergencia, el plan puede divulgar dicha PHI si determina que la divulgación es en su mejor interés.

**Según lo requiera la ley:** Divulgaremos su PHI cuando así lo exija la legislación federal, estatal o local.

**Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** Podemos usar y divulgar su PHI si es necesario para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad de usted o de otra persona.

**Otros usos y divulgaciones que pueden realizarse sin su autorización u oportunidad de oponerse:**

- **Donación de órganos y tejidos** – a organizaciones que se ocupan de la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante, si usted es donante de órganos.
- **Militares** – a las autoridades de mando militar según sea necesario, si usted es miembro de las fuerzas armadas.
- **Indemnización laboral** – a programas de indemnización laboral o similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, según sea necesario para cumplir la legislación aplicable.
- **Riesgos para la salud pública** – para las siguientes actividades de salud pública:
  - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
  - Informar de nacimientos y defunciones;
  - Para denunciar malos tratos o abandono de menores;
  - Notificar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
  - Notificar a los ciudadanos las retiradas de productos que puedan estar utilizando;
  - Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que corra el riesgo de contraerla o propagarla.
  - Notificar a la autoridad gubernamental competente si se cree que usted es víctima de malos tratos, abandono o violencia doméstica, cuando así lo exija o autorice la ley.
- **Actividades de supervisión sanitaria y socorro en caso de desastre** – a una organización de socorro en caso de desastres para ayudar en las tareas de socorro en caso de catástrofe, de acuerdo con lo que el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS)** ha indicado que

es permisible o a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley (como auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias).

- **Demandas y litigios** – en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden judicial o administrativa que proteja la información solicitada.
- **Cumplimiento de la ley** – si lo pide un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:
  - En respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, emplazamiento o proceso similar;
  - Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
  - Sobre una víctima de un delito si no podemos obtener el consentimiento de la víctima;
  - Sobre una muerte que creamos que pueda ser el resultado de una conducta delictiva; y
  - Sobre una conducta delictiva.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias** – a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte o a un director de funeraria en la medida necesaria para el desempeño de sus funciones.
- **Seguridad nacional y actividades de inteligencia** – a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Reclusos** – a instituciones penitenciarias o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si es necesario para prestar atención médica a los reclusos, para proteger la salud y la seguridad de los reclusos o por motivos de seguridad.
- **Investigación** – a investigadores cuando se hayan eliminado los identificadores individuales o una junta de revisión institucional o de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.
- **Auditorías gubernamentales** – al Secretario del HHS, previa solicitud, para una investigación relacionada con el cumplimiento de la HIPAA por parte del Plan.

### **Otras divulgaciones:**

- **Divulgaciones a usted o a su representante personal:** estamos obligados a divulgarle, previa solicitud, la parte de su PHI que contiene registros médicos, registros de facturación y otros registros utilizados para tomar decisiones sobre los beneficios de atención médica de su plan. También divulgaremos la PHI a personas autorizadas por usted, o designadas como su representante personal o apoderado, siempre que usted nos proporcione suficiente notificación y autorización por escrito (como un poder notarial con fines médicos o una orden judicial). Un progenitor suele actuar como representante personal de un hijo menor no emancipado, salvo que la ley estatal o una orden judicial dispongan lo contrario. Sin embargo, no tenemos que revelar

información a su representante personal si creemos razonablemente que (1) usted ha sido o puede ser objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona, o (2) tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerle en peligro, y (3) en el ejercicio del juicio profesional, no sería en su mejor interés hacerlo.

- **Divulgación a cónyuges e hijos dependientes cubiertos** – las explicaciones de beneficios (EOB) por escrito, para cónyuges e hijos dependientes cubiertos mayores de 18 años, se enviarán por correo al cónyuge o hijo dependiente a menos que este proporcione otras instrucciones por escrito al plan.
- **Usos y divulgaciones de la PHI que requieren sus autorizaciones por escrito** – Los usos y divulgaciones de la PHI que no se describen anteriormente solo se realizarán con su autorización por escrito. Por ejemplo, si pide ayuda a un agente comercial local para una reclamación, no revelaremos su PHI a dicho agente comercial sin su autorización. Con excepciones limitadas permitidas bajo HIPAA, no haremos lo siguiente sin su autorización por escrito: (1) usar o divulgar sus notas de psicoterapia si está recibiendo tratamiento por una enfermedad mental; (2) usar o divulgar su PHI para mercadeo (excepto para comunicaciones personales entre usted y el plan o regalos promocionales de valor nominal proporcionados por el plan); o (3) vender su PHI.

Las autorizaciones deben ser aceptables para el Plan e indicar qué PHI puede divulgarse, quién puede recibirla, cuándo vence, afirmar su derecho a revocarla por escrito en cualquier momento y, si corresponde, describir cualquier remuneración que recibirá el plan. Tiene derecho a recibir una copia de cualquier formulario de autorización que firme. Las revocaciones por escrito solo serán efectivas para usos y divulgaciones futuras y no para la información utilizada o divulgada por el plan antes de recibir su revocación por escrito.

## **SUS DERECHOS INDIVIDUALES CON RESPECTO A LA PHI**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI. Para ejercer cualquiera de estos derechos, debe hacerlo por escrito en un formulario aceptable para el plan y enviarlo al Funcionario de Privacidad a la dirección que figura en la página uno. Los formularios están disponibles en la Oficina del Fondo previa solicitud.

**Derecho a inspeccionar y copiar:** Usted puede inspeccionar y copiar cierta PHI en poder de o para el plan que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre sus beneficios médicos bajo el plan. Si la información solicitada se mantiene electrónicamente y usted solicita una copia electrónica, se le proporcionará en la forma y formato electrónicos solicitados si puede producirse fácilmente en esa forma y formato. De lo contrario, trabajaremos con usted para llegar a un acuerdo sobre la forma y el formato. Si no llegamos a un acuerdo, le facilitaremos una copia en papel.

Si solicita una copia, podemos cobrarle una tarifa razonable por el coste de las copias, el envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en determinadas circunstancias muy limitadas permitidas por la HIPAA. Si se le deniega el acceso a su información médica, le daremos una explicación por escrito de los motivos de la denegación, sus derechos de revisión y cómo presentar una queja ante el plan o el HHS.

**Derecho a modificar:** Si considera que la PHI sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar

al plan que modifique la información durante todo el tiempo que la conserve el plan o se conserve para el Plan. Podemos denegar su solicitud si

- No está por escrito o no incluye una razón que apoye la solicitud;
- La información no fue creada por nosotros, a menos que quien la creó ya no esté disponible para modificarla;
- La información no forma parte de la información médica conservada por o para el plan;
- La información no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar; o
- La información ya es exacta y completa.

Si se aprueba, se lo notificaremos y haremos todo lo razonablemente posible para notificárselo a las personas que usted nos indique que necesitan la información modificada. En caso de denegación, le notificaremos por escrito: (1) los motivos de la denegación; (2) su derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo para incluirla en cualquier divulgación futura de la información objeto de controversia; (3) si no presenta una declaración, su derecho a solicitar que su solicitud de modificación y nuestra denegación se proporcionen con cualquier divulgación futura de la información en disputa; y (4) cómo presentar una queja ante el plan o el HHS.

**Derecho a que se dé cuenta de las divulgaciones:** Puede solicitar una “contabilidad” de ciertas divulgaciones de su PHI. Debe indicar el periodo de tiempo para el que se solicita (que no puede ser superior a seis años antes de la fecha de la solicitud). Debe indicar la forma en que desea recibirla (por ejemplo, en papel o electrónica). La contabilidad incluirá solo la información requerida por la HIPAA y actualmente no tiene que incluir las divulgaciones: (1) con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) a usted o en base a su autorización; (3) a un familiar, amigo u otra persona identificada por usted que participe en su atención médica o en su pago; (4) con fines de seguridad nacional o inteligencia; (5) a instituciones penitenciarias o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; o (6) que sean incidentales a divulgaciones que de otro modo estarían permitidas.

La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses se le facilitará gratuitamente. Por listas adicionales proporcionadas en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costes. Le notificaremos el coste por adelantado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en ningún coste.

**Derecho a Solicitar Restricciones:** Puede solicitar al Plan que restrinja o limite la PHI que utiliza o divulga para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o que divulga a alguien que participa en su atención médica o en su pago. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiemos.

Para solicitar restricciones, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge). Puede poner fin a una restricción en cualquier momento, verbalmente o por escrito, mediante notificación al Responsable de Privacidad del Plan.

**Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Si considera que la divulgación de su PHI por los medios normales podría ponerlo en peligro, puede solicitar al plan que se comunique con usted por un medio diferente o en un lugar diferente. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos

pongamos en contacto con usted. Por ejemplo, puede pedir que la PHI se envíe a una dirección distinta de la de su domicilio. Atenderemos su petición si es razonable.

**Derecho a ser notificado de un incumplimiento:** Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros (o un Asociado Comercial) descubramos una Violación de su PHI no asegurada, como lo requiere la ley aplicable.

**Derecho a recibir una copia impresa del aviso:** Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso en cualquier momento mediante solicitud por escrito al Responsable de Privacidad del Plan.

## QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan poniéndose en contacto con el Responsable de Privacidad (consulte la página uno para obtener la información de contacto). También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. La dirección de la OCR regional para Arkansas, Luisiana, Nuevo México, Oklahoma y Texas es: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202. Las quejas deben presentarse por escrito por correo, fax o correo electrónico a la dirección apropiada. No se le penalizará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja ante nosotros o ante el HHS.

## Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto ( ). El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 1210-XXXX. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en una media de 3,5 horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210.