

Para: Miembros del Programa First Choice  
De: Departamento de Servicios para el Miembro  
Asunto: Notificación de Practicas de Privacidad

Para poder ofrecerle los beneficios de ser miembro del Programa First Choice, la compañía *Select Health of South Carolina* tiene que compartir su información médica con doctores, hospitales y demás personas involucradas en el cuidado de su salud. Todos los individuos que tienen acceso a su información –nuestros empleados, sus proveedores de servicios por medio del programa First Choice y demás personas- se esfuerzan por mantener su información en forma privada. Manejamos su información médica personal de acuerdo a los lineamientos requeridos por medio de las leyes federales y estatales y los estándares de Comité Nacional de Aseguramiento de Calidad.

La notificación adjunta le habla acerca de su derecho a la privacidad, acerca de las formas en las cuales su información personal de salud puede ser usada y cuando podríamos compartir esa información con terceras personas. Por ejemplo, utilizamos su información de salud para poder proporcionarle beneficios. Compartimos su información para ayudarle con su tratamiento o para ayudarles a sus doctores a recibir el pago adecuado. Podríamos compartir información con otras compañías de seguro con el propósito de recibir un pago. Podríamos usar su información dentro de la propia compañía Select Health para medir y mejorar la calida de los servicios que se le proporcionan, de acuerdo a las políticas de Select Health.

Por favor lea la Notificación de Practicas de privacidad que va adjunta con esta carta. Si tiene cualquier pregunta acerca de la notificación o si quiere más información acerca de leyes de privacidad, por favor llame a su representante de servicios para miembros al 888.276.2020 y pida hablar con el Oficial de Privacidad de Select Health. También puede aprender más acerca de las leyes de privacidad y el *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)* en el sitio de Internet: [www.hhs.gov/ocr/privacy/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/index.html).

FC-HCC2011\_43



## **Notificación de Practicas de Privacidad**

### **Select Health of South Carolina, Inc.**

PO Box 40849  
Charleston, SC 29423-0849  
(843) 569-1759

Notificación efectiva a partir del: 14 de abril del 2003

Si tiene preguntas acerca de esta notificación, por favor póngase en contacto con la persona listada bajo "A quien contactar" al final de esta notificación.

**Esta notificación describe como se utiliza y se revela información médica acerca de usted y como puede obtener acceso a dicha información. Por favor revise el documento con atención.**

### **RESUMEN**

Con el objetivo de proveerle beneficios, Select Health of South Carolina creará y recibirá información personal acerca de su salud de parte de usted, sus doctores, hospitales y otras personas que le proveen servicios del cuidado de la salud. Estamos obligados a mantener esta información en forma confidencial. Esta notificación de nuestras prácticas de privacidad tiene el objetivo de informarle acerca de las formas en las cuales podríamos usar su información y de las ocasiones en las cuales podríamos revelar esta información a otros.

En algunas ocasiones podríamos usar la información de los miembros cuando proveemos tratamiento. Usamos la información médica de los miembros para proveer beneficios. Revelamos información de los miembros a los proveedores de servicios de salud para ayudarles a proveerle tratamiento o para ayudarles a recibir el pago por sus servicios. Podríamos revelar información a otras compañías de seguro cuando sea necesario para recibir un pago. Podríamos usar la información dentro de nuestra empresa para evaluar la calidad y mejorar las operaciones de cuidado de la salud y podríamos hacer otros usos y revelaciones de la información del miembro siguiendo los lineamientos de ley o de la forma permitida por las políticas de Select Health.

### **TIPOS DE INFORMACION A LOS QUE SE APLICA ESTA NOTIFICACION**

Esta notificación se aplica a cualquier información en nuestra posesión que permitiría a alguien identificarlo y aprender algo acerca de su salud. No aplica a información que no contiene algo que pueda ser usado razonablemente para identificarlo.

### **QUIEN DEBE CUMPLIR CON ESTA NOTIFICACION**

- Select Health of South Carolina.
- Todos los empleados, grupo de trabajo, internos, voluntarios y demás personal cuyo trabajo esta bajo el control directo de Select Health of South Carolina.

En Select Health of South Carolina estamos de acuerdo en cumplir con estos términos. Podríamos compartir su información entre nosotros con el propósito de tratamiento, y en caso necesario, para pago y actividades descritas abajo.

### **NUESTRAS OBLIGACIONES LEGALES**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica.
- Estamos obligados a entregarle a usted esta notificación de prácticas de privacidad y obligaciones legales relativas a la información médica.
- Estamos obligados a cumplir los términos de esta notificación hasta el momento en el cual adoptemos oficialmente una notificación nueva.

## COMO PODRIAMOS INFORMAR O REVELAR SU INFORMACION DE SALUD

Podríamos usar su información médica, o revelarla a otros, por una variedad de razones. Esta notificación describe esas razones. Por cada razón hemos escrito una explicación breve. También hemos añadido algunos ejemplos. Estos ejemplos no incluyen todas las formas específicas en que podríamos usar o revelar su información. Pero en cada ocasión que usemos su información, o la revelemos a alguien más, será bajo una de las razones listadas aquí.

**1. Tratamiento.** Podríamos usar su información médica para proveerle cuidado medico y servicios. Esto significa que nuestros empleados, grupos de trabajo, internos, voluntarios y demás personas que trabajan bajo nuestro control directo podrían leer su información médica para aprender acerca de su condición medica y utilizarla para ayudarle a tomar decisiones acerca de su cuidado. Por ejemplo, una de nuestras enfermeras podría tomar su presión sanguínea en una feria de salud. También revelaremos su información a otros para proveerle con tratamiento medico o servicios. Podríamos utilizar la información médica para identificar a miembros con ciertas enfermedades crónicas para enviarles información a ellos, o a sus doctores, acerca de alternativas de tratamiento.

**2. Pago.** Podríamos usar su información de salud, y revelarla a otros si fuera necesario, para hacer pagos por los servicios de salud que usted recibe. Por ejemplo, un empleado de nuestro departamento de Procesamiento de Pagos puede usar su información médica para hacer sus pagos. Y podríamos enviar información acerca de usted y sus pagos al doctor u hospital que le brindó los servicios del cuidado de la salud. También podríamos enviarle información acerca de los pagos que hacemos y los pagos que no hacemos (los cuales se llaman “explicación de beneficios.”) La explicación de beneficios incluirá información acerca de peticiones de pago que recibimos por usted o por algún miembro de su familia. Bajo ciertas circunstancias usted podría recibir esta información en forma confidencial (vea la sección “Comunicación Confidencial” en esta notificación.) También podríamos revelar alguna de su información médica a compañías con las cuales contratamos para servicios relacionados al pago. Por ejemplo, podríamos dar información suya a una compañía de procesamiento de pagos que hemos contratado para ayudarnos a hacer dichos pagos. No usaremos o revelaremos más información que la necesaria para efectos de pago.

**3. Operaciones del cuidado de la salud.** Podríamos usar su información para actividades que son necesarias para el funcionamiento de nuestra organización. Esto incluye, por ejemplo, leer su información médica para revisar el funcionamiento de nuestro personal. También podríamos usar su información médica y la información de otros miembros para planear cuales son los servicios que debemos de proveer, aumentar o reducir. Podríamos revelar su información médica cuando sea necesario a personas que contratamos para proveer servicios administrativos. Esto incluye nuestros abogados, auditores, servicios de acreditación y consultores.

**4. Requisitos legales para revelar información.** Revelaremos su información cuando estemos obligados por ley para hacerlo. Esto incluye reportar información a agencias de gobierno que tienen la responsabilidad legal de monitorear el sistema de cuidado de la salud. Por ejemplo, podríamos estar obligados a revelar su información médica y la información de otros si recibimos una auditoria por parte del Departamento de Salud o la autoridad estatal de seguros. También revelaremos su información médica cuando estemos obligados por una orden de corte legal o un proceso judicial o administrativo.

**5. Actividades de Salud Pública.** Revelaremos su información médica cuando estemos obligados por razones de salud pública. Esto incluye reportar ciertas enfermedades, nacimientos, muertes y reacciones a ciertos medicamentos. También podría incluir el notificar a las personas que han estado expuestas a una enfermedad.

**6. Reporte de abuso.-** Podríamos revelar su información médica cuando la información se refiere a una victima de abuso, negligencia o violencia domestica. Haremos este reporte solamente si hay leyes que obligan o que permiten dicho reporte (o con su permiso.)

**7. Aplicación de la ley.** Podríamos revelar su información médica para efectos de aplicación de la ley. Esto incluye proveer información que ayude a localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material o una persona desaparecida o en conexión con una actividad criminal. También debemos de revelar su información médica a una agencia federal que este revisando nuestro cumplimiento con regulaciones de privacidad federal.

**8. Propósitos especializados.** Podríamos revelar su información médica por una variedad de propósitos especializados. Solamente revelaremos la cantidad e información que sea necesaria para dicho propósito. Por ejemplo, podríamos revelar la información médica de los miembros de las fuerzas armadas de la forma en que fue autorizada por las autoridades de comando militar. También podríamos revelar su información a coroneles, examinadores médicos y directores de funeral; para organizaciones de donación de órganos (para donación de órganos, ojos y tejido); o por razones de seguridad nacional, inteligencia y protección al presidente. También podríamos revelar información médica de un prisionero a una institución correccional o a los oficiales de aplicación de la ley para que puedan ofrecerle cuidado de la salud al prisionero, para ofrecer salud y seguridad al prisionero y a otros, y por seguridad, administración y mantenimiento de la institución correccional.

**9. Para evitar una amenaza peligrosa.** Podríamos revelar su información médica si consideramos que la revelación es necesaria para prevenir un daño grave al público o para un individuo. La revelación será hecha solo a una persona que tiene la capacidad de prevenir o reducir dicha amenaza.

**10. Familiares y amigos.** Podríamos revelar su información médica a un miembro de su familia o a alguna otra persona que esté envuelta en el cuidado de su salud o en el pago por dicho cuidado. Esto podría incluir decirle a un miembro de su familia acerca del estado de un pago o que beneficios califica usted para recibir. En caso de un desastre natural, podríamos proveer información acerca de usted a una organización de ayuda en caso de desastres para que puedan notificar a su familia acerca de su condición y localización. No revelaremos su información a sus familiares y amigos si usted no lo autoriza.

**11. Investigación.** Podríamos revelar su información médica en conexión con proyectos de investigación médica. Existen reglas federales que gobiernan cualquier revelación de información médica con propósitos de investigación sin su autorización.

**12. Para proveerle información.** Podríamos usar su información médica para proveerle información adicional. Esto incluye enviarle recordatorios a su dirección acerca de sus citas médicas. También puede incluir darle información acerca de opciones de tratamiento, alternativas de cuidado y otros servicios que nosotros proveemos o que podemos coordinar para usted.

## **SUS DERECHOS**

**1. Autorización.** Podríamos usar o revelar su información médica sin su autorización por cualquier propósito que esta listado en esta notificación. Sin su autorización no usaremos o revelaremos su información médica por ninguna otra razón. Si usted nos autoriza a usar o revelar su información, usted tiene el derecho de revocar esa autorización en cualquier momento. Para información acerca de cómo emitir una autorización para permitirnos usar o revelar su información médica o para revocar una autorización póngase en contacto con la persona listada bajo "A quien contactar" al final de esta notificación. Podría no revocar una autorización para que nosotros usemos y revelemos su información si nosotros ya hemos tomado acción basados en dicha autorización. Si la autorización es para permitir la revelación de su información para una compañía de seguros, como una condición para obtener cobertura, otra ley podría permitir a la compañía de seguros el continuar usando su información para disputar pagos o su cobertura, aun cuando usted haya revocado la autorización.

**2. Solicitud de Restricciones.** Tiene el derecho de pedirnos restricciones acerca de la forma en la cual usamos o revelamos su información. Consideraremos su petición, pero no estamos obligados a aceptarla. Si la aceptamos, cumpliremos con la solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle con tratamiento de emergencia. No podemos aceptar restricciones a revelaciones que son requeridas por ley.

**3. Comunicación Confidencial.** Si cree que la revelación de cierta información puede ponerlo en peligro, tiene el derecho de pedirnos por escrito que nos comuniquemos con usted a una dirección especial o de una manera especial. Por ejemplo, puede pedirnos que le enviemos las explicaciones de beneficios que contienen su información médica a una dirección diferente que a su casa. O nos puede pedir que le hablemos directamente por

teléfono en lugar de enviarle información médica por el correo. Aceptaremos todas las peticiones que sean razonables.

**4. Inspeccionar y Recibir una Copia de su Información Médica.** Tiene el derecho de inspeccionar su información médica que tenemos en nuestros registros y a recibir una copia de la misma. Este derecho se limita a la información suya que se mantiene en registros y que es usada para tomar decisiones acerca de usted. Por ejemplo, los registros de pago e inscripción. Si quiere recibir o revisar una copia de estos registros debe de hacer la petición por escrito. Podríamos cobrarle por el costo de las copias y el envío por correo. Para pedir una inspección de sus registros o para recibir una copia, contacte a la persona que aparece listada bajo “A quien contactar” al final de esta notificación. Responderemos a su petición en un plazo no mayor a treinta días. Podríamos negar su acceso a cierta información. Si lo hacemos, le explicaremos la razón por escrito. También le explicaremos como puede usted apelar a esa decisión.

**5. Corrección de Información Médica.** Tiene el derecho de pedirnos que corriamos su información médica la cual crea que no es correcta o que esté incompleta. Debe de hacer esta petición por escrito y darnos la razón por la cual considera que esta información no es correcta o que esta incompleta. Responderemos a su petición en un plazo no mayor a treinta días. Podríamos negar su petición si nosotros no creamos la información, si no forma parte de la información que usamos para tomar decisiones acerca de usted, si la información es algo que usted no esta autorizado a inspeccionar o copiar, o si la información esta completa y correcta.

**6. Registro de Revelaciones.** Tiene el derecho a recibir un registro de ciertas revelaciones de su información que se le han hecho a otros. Este registro contendrá una lista de las veces que nosotros le hemos dado su información médica a otros. La lista incluirá fechas de las revelaciones, el nombre de la persona o la organización a la cual se hizo la revelación, una descripción de la información, y la razón. Le entregaremos la primera lista que solicite sin cargo alguno. Podríamos cobrarle por las listas adicionales que solicite durante los siguientes doce meses. Debe de decirnos el periodo de tiempo que quiere cubra la lista. No puede solicitar una lista por un periodo de tiempo mayor a siete años. No podemos incluir revelaciones que fueron hechas antes del 14 de abril del 2003. Las revelaciones por las razones siguientes no serán incluidas en la lista: revelaciones por tratamiento, actividades de pago o del cuidado de la salud, revelaciones por concepto de seguridad nacional, revelaciones a personal de instituciones correccionales o de aplicación de la ley, revelaciones en situaciones de emergencia, revelaciones que usted ha autorizado y revelaciones hechas directamente a usted. Las peticiones por registro de revelaciones deben de enviarse por escrito a la persona listada bajo “A quien contactar” al final de esta notificación.

**7. Copia en papel de esta Notificación de Privacidad.** Tiene el derecho de recibir una copia en papel de esta notificación. Si ha recibido esta notificación en forma electrónica, contacte a la persona listada bajo “A quien contactar” al final de esta notificación para recibir su copia en papel.

**8. Quejas.** Tiene el derecho de presentar una queja acerca de nuestras prácticas de privacidad si siente que su privacidad ha sido violentada. Puede presentar su queja con el contacto que se proporciona al final de esta notificación. También puede presentar una queja directamente con el *Secretary of the U. S. Department of Health and Human Services en la Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201.*

#### **NUUESTRO DERECHO A CAMBIAR ESTA NOTIFICACION**

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad, como se describen en esta notificación, en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de aplicar estos cambios a cualquier información médica que ya tenemos así como a la información que recibiremos en el futuro. Antes de realizar cualquier cambio a las prácticas de privacidad descritas en esta notificación, escribiremos una nueva notificación que incluirá los cambios. La nueva notificación incluirá una fecha para hacerse efectiva. Les enviaremos por correo a nuestros miembros una notificación nueva en un plazo no mayor a 60 días de la fecha de aplicación.

## A QUIEN CONTACTAR

Contacte al Oficial de Privacidad de Select Health:

- Para más información acerca de esta notificación
- Para más información acerca de nuestras políticas de privacidad
- Si quiere poner en uso cualquiera de sus derechos que se mencionan en esta notificación, o
- Si quiere solicitar una copia de la versión actual de nuestra notificación de prácticas de privacidad.

CONTACTE A LOS SERVICIOS PARA EL MIEMBRO AL 888.276.2020 Y PREGUNTE POR:

El oficial de Privacidad de Select Health  
SELECT HEALTH OF SOUTH CAROLINA, INC.  
PO BOX 40849  
CHARLESTON, SC 29423-0849

Para contactar al Oficial de Privacidad por medio del correo electrónico:

[privacyofficial@selecthealthofsc.com](mailto:privacyofficial@selecthealthofsc.com)

[www.selecthealthofsc.com](http://www.selecthealthofsc.com)