



AVISO SOBRE NORMAS DE PRIVACIDAD

ATODOS LOS PARTICIPANTES

Fecha efectiva: Agosto 13, 2013

**ESTE AVISO EXPLICA COMO SU INFORMACION MEDICA/DE SALUD
PUEDE SER USADA Y ACLARADA Y COMO USTED
PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.**

FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE.

La ley nos requiere que preservemos la privacidad de su informacion medica; que le suministremos este Aviso detallado de nuestros deberes conforme a la ley, asi como nuestras normas de privacidad con respecto a su informacion medica; notificarle tras una ruptura integral de informacion medica sin proteccion; y cumplir con los terminos vigentes de este Aviso. El presente Aviso aplica para nuestro uso y declaraciones de su informacion medica para propositos de inscripcion, elegibilidad , y pago bajo Bienvivir asi como para nuestro uso y declaraciones de su informacion medica para propositos de proporcionarle tratamientos bajo Bienvivir All-Inclusive Senior Healthth (Bienvivir).

I. USO Y ACLARACIONES PARA TRATAMIENTO, PAGO, Y FUNCIONAMIENTO DE ASISTENCIA MEDICA

A continuacion se enlistan diversas formas en las que podemos utilizar y revelar informacion medica protegida (“PHI” por sus siglas en ingles) para propositos de tratamiento, pago, y funcionamiento de asistencia medica.

Para Tratamiento. Usaremos y revelaremos su informacion medica para proporcionarle tratamiento y servicios ademas de coordinar su cuidado asi tambien podremos revelar su informacion medica a otros proveedores involucrados en su cuidado. Su informacion medica podra ser utilizada por Medicos involucrados en su cuidado, enfermeras, asistentes de cuidados en el hogar asi como fisioterapeutas, trabajadores sociales, asistentes de ayuda personal, u otras personas involucradas en su cuidado. Por ejemplo, miembros de el equipo multidisciplinario (el cual incluye su Medico, un(a) enfermero(a) registrado(a), un trabajador social, fisioterapeuta,

terapeuta ocupacional,) así como otros integrantes del equipo discutirán su plan de atención médica y contactarán a los especialistas respecto a su cuidado médico.

Para Pago. Podremos usar y revelar su información médica para propósitos de facturación y pago. Podremos revelar su información médica a su representante personal, a su compañía aseguradora, Medicare, Medicaid o a la Agencia Estatal a cargo de administrar el programa de Bien vivir. Por ejemplo, podremos revelar su información médica a Medicare o a la Agencia Estatal para poder determinar su elegibilidad y continuidad para recibir servicios por parte de Bien vivir. También requerimos que usted firme un permiso permitiendo la declaración de información personal a Medicare, Medicaid, y a la Agencia Estatal correspondiente como un requerimiento para su acuerdo de inscripción.

Para el Funcionamiento de Asistencia Médica. Podremos usar y revelar su información médica según sea necesario para el funcionamiento de asistencia médica, tales como administración, evaluación del personal, educación y entrenamiento así como para monitorear su calidad de atención médica. Por ejemplo, utilizaremos información acerca de su tratamiento con el fin de llevar a cabo evaluaciones referentes a calidad. Podremos revelar su información médica a otra entidad con la que usted tenga o haya tenido alguna relación si esa entidad solicita su información médica para alguna de sus operaciones de atención médica, o en caso de detectar fraude y/o abuso en la atención médica, o en el cumplimiento de servicios.

II. USO Y DECLARACIONES ESPECIFICOS DE SU INFORMACION MEDICA

A continuación se enlistan varias formas en las que podemos usar y revelar su información médica PHI.

Personas que participen en su cuidado o paguen por su atención médica. A menos que usted se oponga, podemos revelar su información médica a un familiar, amigo personal o alguna otra persona que usted identifique incluyendo el clero, que participen en su cuidado.

Emergencias. De ser necesario podremos usar y revelar su información médica en situaciones de emergencia.

Conforme a la Ley. Podremos usar y revelar su información médica cuando así sea requerido por la Ley.

Asociados de Negocios. Nuestros asociados de negocios son personas y organizaciones que llevan a cabo funciones o actividades en nuestro nombre, las cuales involucran información médica y de salud protegida. Podemos revelar su información médica a algún asociado de negocios que necesite la información para poder prestar servicios a Bien vivir. Nuestros asociados de negocios están comprometidos a preservar la confidencialidad de esta información.

Actividades Relacionadas con la Salud Pública. Podemos revelar su información médica para actividades relacionadas con la salud pública. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo, reportar a una autoridad en Salud Pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar abuso y/o negligencia en personas mayores; o reportar defunciones.

Reportar Víctimas de Abuso, Negligencia, o Violencia Doméstica. Si creemos que usted ha sido una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos revelar su información médica para notificar a una autoridad del gobierno, previa autorización de la Ley o si usted está de acuerdo con el reporte.

Descuido de Actividades de la Salud. Podremos usar y revelar su informacion medica PHI a una Agencia de Supervision de la Salud para actividades autorizadas por la Ley, tal como auditorias, investigaciones, inspecciones, y acciones de licenciatura o para actividades que impliquen la supervision Gubernamental del sistema de salud. Como condicion para su inscripcion, requerimos que usted firme un permiso permitiendo la revelacion de informacion personal a Medicare, Medicaid, y a la Agencia Estatal correspondiente.

Para evitar un peligro serio contra la salud o la seguridad. Cuando sea necesario, para prevenir un peligro serio contra su salud o su seguridad, o la seguridad de el publico o de otra persona, podremos usar y revelar su informacion medica PHI, limitando la revelacion a alguien capaz de ayudar a disminuir o prevenir la amenaza de daño.

Judicales y Procesos Administrativos. Podremos usar y revelar su informacion medica en respuesta a una orden de la Corte o una orden Administrativa. Tambien podremos usar y revelar su informacion medica en respuesta a un citatorio, solicitud de revelacion, u otro proceso legal, siempre que se cumplan ciertas condiciones. Estas condiciones incluyen realizar esfuerzos por contactarle acerca de la peticion o para obtener una orden o acuerdo para proteger su informacion medica.

Cumplimiento de la Ley. Podremos revelar su informacion medica para ciertos propositos relacionados con la Ley, incluyendo, por ejemplo, cumplir con los requisitos al reportar; para cumplir con una orden de la Corte, orden de detencion, o un proceso legal similar; o para responder a ciertas peticiones de informacion relacionada con algun delito.

Investigacion. Podremos revelar su informacion medica para propositos de investigacion si los aspectos de privacidad de la investigacion han sido revisados y aprobados, si el investigador esta colectando informacion para preparar una propuesta de investigacion, Si la investigacion se lleva a cabo despues de su fallecimiento, o si usted autoriza su uso y revelacion.

Medicos Forenses, Examinadores Medicos, Directores de Funerarias, Organizaciones para la Adquisicion de Organos. Podremos revelar su informacion medica a un Medico forense, examinador medico, director de funeraria o, si usted es un donante de organos, a una organizacion dedicada a la donacion de organos y tejido.

Ayuda para Catastrofes. Podremos revelar su informacion medica a una organizacion de ayuda para catastrofes.

Fuerzas Armadas, Veteranos y otras Funciones Especificas del Gobierno. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podremos usar y revelar su informacion medica como es requerido por las autoridades Militares. Podremos revelar su informacion medica con propositos de seguridad Nacional o cuando sea necesario para proteger al Presidente de los Estados Unidos o a ciertos oficiales o para llevar a cabo ciertas investigaciones especiales.

Compensacion Laboral. Podremos usar y revelar su informacion medica para cumplir con las leyes relacionadas con la compensacion laboral o programas similares.

Reclusos/Custodia Policial. Si usted se encuentra bajo la custodia de un Oficial representante de la Ley o de una institucion penitenciaria, podremos revelar su informacion medica ya sea a la institucion o al Oficial para ciertos propositos, incluyendo la salud y seguridad de usted y de los demas.

Informacion Genetica. Se prohíbe el uso o la declaraciones de su informacion medica que sea considerada informacion genetica para propositos de aseguramiento.

III. USOS Y DECLARACIONES CON SU AUTORIZACION

En caso de que Bienvivir lo considere necesario, obtendremos su autorizacion para: (1) la mayoria de los usos y declaraciones de notas psicoterapeuticas (tal como se define en HIPAA); (2) uso y declaraciones de su informacion medica con fines comerciales; y (3) revelaciones que constituyan la venta de su informacion medica. A excepcion de lo descrito en este Aviso, podremos usar y revelar su informacion medica solamente con su autorizacion por escrito. Usted puede revocar su autorizacion por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorizacion, dejaremos de usar y/o divulgar su informacion medica para los propositos especificados en su autorizacion, excepto cuando ya se ha contado previamente con su autorizacion.

IV. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA

A continuacion se enlistan sus derechos con respecto a su informacion medica. Cada uno de estos derechos esta sujeto a ciertos requerimientos, limitaciones, y excepciones. El ejercicio de estos derechos puede requerir una peticion por escrito dirigida a Bienvivir. A peticion suya, Bienvivir le proporcionara las formas correspondientes .

Solicitud de Restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso y declaraciones de su informacion medica para tratamiento, pago o funcionamiento de asistencia medica. Esto incluye el derecho a someter un consentimiento por escrito delimitando el grado de informacion revelado y las personas a las que se les da a conocer la informacion. Tambien tiene derecho a solicitar restricciones en la informacion medica que divulguemos a su familia, amistades u otra persona que este involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado. No estamos obligados a aceptar su peticion de restriccion en como utilizar su informacion medica dentro de Bienvivir. Limitaremos la declaraciones fuera de Bienvivir (excepto para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y a la Agencia Estatal correspondiente) de conformidad con su consentimiento por escrito. Aceptaremos solicitudes para restringir el uso de informacion medica protegida dentro de Bienvivir si estas son razonables y pueden ser ajustadas. Si estamos de acuerdo en aceptar su solicitud de restriccion , cumpliremos con la misma excepto cuando sea necesario para proporcionarle tratamiento de emergencia o de conformidad con la ley.

Acceso a Informacion Medica Personal. Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su historia clinica, sus facturas asi como otra informacion escrita que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado (“su archivo designado”), sujeto a algunas excepciones. Su solicitud debe ser por escrito. En la mayoria de los casos, se cobrara una cuota razonable por los costos de copiado y envio de su informacion , conforme a la Ley.

Dentro de lo posible mantendremos uno o mas de sus archivos electronicamente, usted tambien tiene el derecho de recibir una copia electronica de dicha informacion. Asimismo puede solicitarnos que enviemos una copia a un Tercero designado por usted. Se aplicara una cuota, conforme a la Ley, por el costo de responder a su solicitud.

Solicitud de Enmienda. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a la informacion medica mantenida por Bienvivir durante el tiempo que dicha informacion sea conservada por o para

Bienvivir. Su solicitud debe ser por escrito y debera indicar la razon de su solicitud de enmienda.

Podemos rechazar su peticion de enmienda si la informacion (a) No fue originada por Bienvivir, a menos que el autor de la informacion ya no este disponible para cumplir con su solicitud; (b) no sea parte de la informacion medica mantenida por o para Bienvivir; (c) no es parte de la informacion a la cual usted tiene derecho al acceso; o (d) si Bienvivir determina que la informacion es precisa y esta completa.

Si rechazamos su solicitud de enmienda, le entregaremos una negativa por escrito incluyendo las razones del rechazo y una explicacion de sus derechos a presentar una declaracion escrita manifestando su disconformidad con la negacion.

Solicitud de un Informe de Declaraciones. Usted tiene el derecho de solicitar un informe de ciertas declaraciones de su informacion medica. Este informe consiste en declaraciones hechas por Bienvivir o por Terceros en nuestro nombre, pero no incluye revelaciones por tratamiento, pago o funcionamiento de asistencia medica, declaraciones hechas de conformidad con su autorizacion, y algunas otras excepciones.

Para solicitar un informe de declaraciones, usted debe someter una solicitud por escrito, indicando un periodo de tiempo comenzando despues de Abril 13, 2003 que se encuentra dentro de los seis años desde la fecha de su solicitud. El primer informe proporcionado dentro de un periodo de 12 meses sera gratuito; por solicitudes adicionales, podremos aplicar una cuota por costos incurridos.

Solicitud de una Copia Impresa de este Aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia de este Aviso, aun cuando usted haya accedido a recibir este Aviso. Usted puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento. Asimismo, usted puede obtener una copia de este Aviso en nuestro pagina de internet, www.bienvivir.org.

Solicitar Comunicacion Confidencial. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de sus asuntos de salud de cierta manera. Cumpliremos con sus solicitudes siempre y cuando sean razonables.

V. PARA INFORMACION ADICIONAL O PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso o quisiera informacion adicional sobre sus derechos de privacidad, por favor contacte al Oficial para el Cumplimiento de la Privacidad, (915) 562-3444 extension 1604.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violadas, usted puede presentar una queja por escrito dirigida a Bienvivir o con la Oficina de Derechos Civiles en el U.S. Department of Health and Human Services (“OCR”). No se tomara represalias contra usted por haber presentado una queja.

Para presentar una queja dirigida a Bienvivir, contacte al Oficial para el Cumplimiento de la Privacidad, (915) 562-3444 extension 1604.

Para presentar una queja dirigida a OCR, envíe por correo su queja por escrito dirigida a 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 o por correo electronico a OCRComplaint@hhs.gov.

VI. CAMBIOS AL PRESENTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso y hacer efectivas ya sea las revisiones o un Nuevo Aviso para toda la informacion medica que se haya recibido con anterioridad y que sea mantenida por Bienvivir, asi como toda la informacion medica que se reciba en el futuro. Le proporcionaremos una copia del Aviso modificado bajo peticion.