

## Aviso de Política de Privacidad

Este aviso describe cómo podrá ser usada y revelada la información médica sobre usted y cómo usted puede tener acceso a esta información. **Por favor revíselo cuidadosamente.**

### Nuestras Responsabilidades

En Florida Community Care la ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica privada. Debemos notificarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica. Tenemos que seguir los términos descritos en esta notificación.

#### Aquí le mostramos algunos ejemplos de cómo usaremos su información sin su permiso:

- Para tratamiento(s) *Ejemplo:* para referidos de especialista(s) médico(s).
- Para mantener el funcionamiento eficaz de nuestras operaciones administrativas *Ejemplo:* para desarrollar servicios para usted.
- Para operaciones de pago *Ejemplo:* para procesar la reclamación(es) de pago de su médico.
- Si la ley lo exige o lo requiere por las siguientes razones:
  - Para ayudar con asistencia de salud pública y problemas de seguridad
  - Para fines de investigación.
  - Para responder a una solicitud de donación de órganos.
  - Para trabajar con un médico forense o administrador de servicios funerarios. *Ejemplo:* identificar a una persona fallecida o resolver probables causas de muerte.
  - Para reclamaciones de compensación laboral.
  - Para autoridades encargadas de hacer cumplir la ley u otras agencias gubernamentales.
  - Para responder a una orden judicial o administrativa en respuesta a una citación legal.
  - Para socios comerciales que realizan ciertas funciones en su representación como pagos.
  - Para representantes, individuos involucrados o que participan de alguna manera en su cuidado médico. *Ejemplo:* un familiar en una emergencia. Si usted no puede tomar una decisión, podemos decidir si la divulgación es lo mejor para usted.

#### También podemos usar y divulgar su información médica con su autorización o el de su representante(s) con un permiso por escrito cuando:

- Para el uso o divulgación de las anotaciones de psicoterapia según lo permita la ley, o
- para la venta de información a otros, o
- para divulgación a terceros, o
- para determinados fines de publicidad y marketing.

Por favor tome en cuenta que usted puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito, excepto si ya hemos actuado.

### ¿Cuáles son sus derechos?

Usted tiene derecho a:

- **Solicitar una copia de su información médica y de su evidencia del pago de reclamo(s).** Cuando realice su solicitud por escrito, podemos cobrarle una tarifa razonable por la realización y envío. En ciertos casos podemos denegar su solicitud y es posible que revisemos la denegación de reclamo(s). Puede nombrar a otro destinatario o persona de interés.
- **Inspeccionar y corregir su información en su registro de información médica y de reclamo(s).**

Si su información es incorrecta o está incompleta, podemos rechazar su solicitud y le proporcionaremos con una explicación por escrito.

- **Para solicitar comunicación confidencial.**

Ejemplo: para recibir correo electrónico a otra dirección de correo electrónico diferente al suyo. Aceptaremos solicitudes validas pero debe comunicarnos si tiene alguna duda o teme que su información médica privada sea divulgada porque su ubicación actual o lo ponga en algún peligro.

- **Para limitar lo que usamos o compartimos para tratamiento, pago o para nuestras operaciones de cuidados de salud, o con terceros.**

Podemos rechazar su solicitud.

- **Para obtener una lista de cuándo y con quien hemos compartido su información médica privada (PHI) durante los 6 años anteriores a la fecha de su solicitud, excepto por:**

- Tratamiento, pago y operaciones de actividades de atención de la salud;
- Divulgación(es) hechas previamente con consentimiento;
- Divulgación(es) hechas con autorización por escrito;
- Para uso y divulgación autorizada o requerida por ley.

Le cobraremos una tarifa razonable si usted solicita una lista más de una vez en un periodo de 12 meses y debe realizarse la solicitud por escrito.

- **Para elegir a otra persona para que lo represente o ejerza sus derechos a tomar decisiones.** Debe proporcionar un poder médico y legal o de su representante o custodia legal que puede hacer decisiones médicas y legales por usted.
- **Para ser notificado de cualquier violación de información médica que no está protegida.** Al menos que determinemos que existe la probabilidad de que su información médica haya sido comprometida.

### **Ejercer sus Derechos**

- **Contactar a Florida Community Care**

Si tiene pregunta(s), o si desea obtener una copia de este aviso impresa en papel, por favor comuníquese con nosotros a:

Florida Community Care,  
LLC Compliance Officer  
4601 NW 77 Avenue  
Miami, FL 33166  
Tel: 1 (866) 409-8031  
Compliance@fcchealthplan.com

- **Presentar una queja o denuncia**

Si usted cree que se ha violado su derecho a su privacidad, puede presentar su queja o denuncia por escrito a:

Secretary  
Department of Health and  
Human Services 200  
Independence Avenue,  
S.W. Washington, D.C.  
20201  
Tel: 1-800-368-1019

No sufrirá penalidad por presentar su queja o denuncia.

### **Cambios futuros a este aviso**

Nos reservamos el derecho de hacer cambios a los términos de este aviso. Los cambios a este aviso se aplicarán a toda la información que mantenemos. Si realizamos algún cambio sustancial, lo publicaremos en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo si lo solicita por escrito.

*Fecha de vigencia: June 18, 2018, Actualizado: August 7, 2024*