

## 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.

- **Cómo protegemos sus registros de Trastorno por Uso de Sustancias (Substance Use Disorder, SUD).** Podemos mantener ciertos registros relacionados con su diagnóstico, tratamiento o remisión para tratamiento de un Trastorno por Uso de Sustancias (SUD). Estos registros están protegidos por la ley federal bajo 42 C.F.R. Parte 2, que establece protecciones de privacidad más estrictas que la norma estándar de privacidad de HIPAA.
- **¿Cuáles son sus derechos con respecto a los registros de SUD?**
  - Usted tiene derecho a:
    - Recibir un aviso claro sobre cómo podemos usar y divulgar sus registros de SUD.
    - Sus derechos individuales conforme a la Parte 2, y
    - Nuestras obligaciones legales relacionadas con mantener la confidencialidad de estos registros.
- **Restricciones sobre la divulgación en procedimientos legales.** Sus registros de tratamiento por SUD no pueden usarse ni divulgarse en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que usted proporcione consentimiento por escrito o exista una orden judicial.
- **Aviso sobre posible redistribución de información.** Si divulgamos su información a otra parte conforme a la ley, esa información puede ser divulgada nuevamente por el receptor y puede dejar de estar protegida bajo HIPAA. Sin embargo, los registros de SUD continúan protegidos por la Parte 2.

### 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: Junio 18, 2018, Actualizado: Febrero, 15, 2026*