

12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, TX 78249
CommunityFirstHealthPlans.com

Oficial de privacidad: Kethra Barnes C
Correo electrónico: privacy@cfhp.com
Teléfono: 1-800-434-2347

INFORMACIÓN DE ECHO NUESTRA RESPONSABILIDAD

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo usted puede acceder a esta información. **Revísela con cuidado.**

DE ECHO

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos.

- Usted puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica suya que tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos el historial médico y de reclamos.

- Usted puede solicitarnos que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones con denuncias.

- Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos.

- Usted puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.

- Usted puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad.

- Usted puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre.

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

("SUS DERECHOS" continúa en la próxima página.)

DECISIONES

Para determinada información médica, usted puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si usted tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo,

N. E. A. E. ON ABILIDADE

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de esta.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio en Internet, y le enviaremos una copia por correo.

Efectivo: 1 de enero del 2024

Oficial de Privacidad: Kethra Barnes
Correo electrónico: privacy@cfhp.com
Teléfono: 1-800-434-2347