- A pedir que el GHHP limite el uso y distribución de su información médica personal para pagar las facturas de asistencia médica. Pero es posible que el GHHP no pueda cumplir sus deseos en este aspecto.
- A obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de privacidad. También puede obtener una copia de este aviso en la página de Web de CMS, en http://www.dhs.ca.gov/pcfh/cms/ghpp/

⮜⮜⮜ IMPORTANTE ⮞⮞⮞

EL PROGRAMA GHPP NO TIENE COPIA COMPLETA DE TODO SU HISTORIAL MÉDICO. SI USTED DESEA VER, OBTENER UNA COPIA O CAMBIAR LA INFORMACIÓN DE ESTOS DOCUMENTOS, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON SU MÉDICO, LA CLÍNICA O EL HOSPITAL. SI USTED PERTENECE A UN PLAN DE SALUD COORDINADO, PUEDE QUE EL PLAN TENGA INFORMACIÓN SOBRE TODAS LAS FACTURAS PAGADAS EN SU NOMBRE DESDE QUE USTED SE INSCRIBIÓ EN EL PLAN. POR FAVOR, PÓNGASE EN CONTACTO CON DICHO PLAN PARA VER O CONSEGUIR COPIAS DE LAS FACTURAS.

Cómo ponerse en contacto con GHPP para ejercer sus derechos

Si desea hacer uso de sus derechos de privacidad explicados en este Aviso, por favor póngase en contacto con el GHPP, escribiendo o llamando a:

GHPP
Post Office Box 997413
MS 8100
Sacramento, California 95899-7413
1-(800)-639-0597

Quejas

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad y desea presentar una queja, puede llamar o escribir a:

Privacy Officer
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, California 95899-7413
(916) 445-4646 (Voz) o
(877) 735-2929 (TTY/TDD)

O

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, California 94103
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)
o a la
U.S Office for Civil Rights
(866) 627-7748 (Voz) o
(866) 788-4989 (TTY/TDD)

Sin represalias

El programa GHPP no puede negarle sus beneficios de asistencia médica ni hacer nada que pudiera perjudicarle en alguna medida a usted, si decide presentar una queja o hacer valer alguno de los derechos de privacidad presentados en este Aviso.

Fecha de vigencia

Este Aviso de Normas de Privacidad entra en vigencia el 14 de abril de 2003.

Cambios a este Aviso

El programa GHPP debe obedecer las normas indicadas en este Aviso, pero tiene el derecho de hacer cambios de sus normas de privacidad. Si el GHPP hace algún cambio, volveremos a escribir este Aviso y le daremos una copia a usted si es cliente del programa GHPP.

Para obtener una copia de este aviso en otros idiomas, en Braille, en letra grande, en audiocassette o en disquete de computadora, por favor llame o escriba al Privacy Officer, al número y la dirección indicados anteriormente.

Department of Health Care Services

MENSAJE DEL PROGRAMA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES GENÉTICAS (GHPP)

AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DISTRIBUIRSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED UNA COPIA. POR FAVOR, REVISE DETALLADAMENTE ESTA INFORMACIÓN.

Legalmente, el programa GHPP debe mantener confidencial la información que tiene sobre usted. Debemos proteger tanto la información sobre su elegibilidad al programa como su información médica. El programa GHPP tiene que darle a usted este aviso legal y decirle cómo utiliza y distribuye ("revela") su información, y cuáles son sus derechos de privacidad.

Cómo puede utilizar y distribuir la información el programa GHPP

La información sobre usted, como por ejemplo, su nombre, su dirección, datos personales, historial médico, diagnósticos y tratamientos médicos que haya recibido, se utiliza y se distribuye principalmente por motivos relacionados con el manejo del programa, como por ejemplo:

- Decisiones sobre su elegibilidad a los beneficios de GHPP.
- Decisiones sobre gastos que usted tenga que pagar para recibir beneficios de GHPP.
- Decisiones sobre si usted tiene derecho a recibir Medi-Cal y sobre cobertura si usted tiene un plan de salud privado.

- **Por razones de tratamiento:** Para aprobar y/o autorizar servicios de su diagnóstico y tratamiento. Puede que el programa GHPP tenga que aprobar los servicios de asistencia médica que usted necesita por adelantado. Para dar su aprobación, puede que el programa GHPP reciba o distribuya información para asegurarse de que usted reciba la atención médica que necesita.
- **Para hacer pagos:** El programa GHPP y las personas que colaboran con el programa reciben, revisan, aprueban, procesan y pagan las facturas de asistencia médica que nos presentan los médicos y otros proveedores por los servicios que usted recibe. Es posible que el programa GHPP dé a conocer información sobre usted a los médicos y proveedores que presentan las facturas. A veces, GHPP envía las facturas que recibe a otros planes y organizaciones de salud que tienen que pagar por los servicios que usted recibió.
- **Para operaciones de asistencia sanitaria:** El programa GHPP puede utilizar información sobre su salud y asistencia médica para asegurarse de que usted reciba asistencia médica de calidad. El programa también puede utilizar esta información en auditorías, en investigaciones de médicos y otros proveedores de salud por fraude, o en la planificación y el manejo del programa.

Otros usos de su información médica

El programa GHPP también puede utilizar la información que tiene sobre los pacientes, por los siguientes motivos:

- Por razones de salud pública, como por ejemplo para informar de brotes de enfermedades.
- Por razones legales, como por ejemplo, en respuesta a órdenes judiciales.
- Por actividades de la policía, como por ejemplo, para dar información para localizar a una persona desaparecida.
- Para estudios de investigación que cumplan con los requisitos legales de privacidad, como por ejemplo, estudios de investigación sobre prevención de enfermedades.
- Para evitar una amenaza grave actual contra la salud y la sanidad públicas, como por ejemplo, ataques terroristas.
- Para informarle a usted sobre sus beneficios del programa GHPP.
- Para reunir información que ya no se puede relacionar con usted, como por ejemplo, una lista de la frecuencia de ciertos problemas médicos que afectan a todos los clientes del GHPP.
- En otros casos que lo requiera la ley, como por ejemplo en casos de Compensación al Trabajador, en los que es necesario obtener información médica sobre usted.

GHPP puede proporcionar información médica sobre usted a organizaciones que ayudan a que el programa esté en funcionamiento, como por ejemplo, las compañías que ayudan a pagar las facturas del GHPP. En ese caso, GHPP se asegura de que estas organizaciones respeten la privacidad de la información.

Algunas leyes estatales limitan la distribución de esta información. Por ejemplo, hay leyes especiales que protegen la difusión de información sobre VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, discapacidades de desarrollo y asistencia por abuso de alcohol y drogas. El programa GHPP cumple con estas leyes.

AVISO
SI USTED ES PACIENTE DE MEDI-CAL, ES POSIBLE QUE LA LEY NO PERMITA LA DISTRIBUCIÓN DE PARTE DE LA INFORMACIÓN INDICADA ANTERIORMENTE. LAS LEYES DE MEDI-CAL ESTABLECEN QUE SÓLO SE PUEDE UTILIZAR O DISTRIBUIR INFORMACIÓN POR RAZONES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON EL MANEJO DEL PROGRAMA DE MEDI-CAL.

Cuando se necesita autorización escrita

Si el programa GHPP desea utilizar su información personal por razones no indicadas anteriormente, debe obtener su autorización por escrito. Si usted da permiso para que se utilice o se comunique su información médica, lo puede retirar por escrito en cualquier momento.

Sus derechos de privacidad

Legalmente, usted tiene derecho:

- A ver y obtener una copia de la información médica personal que el programa GHPP tiene sobre usted.
- A pedir que se cambien los datos de la información médica, si usted cree que es incorrecta o que falta información y GHPP está de acuerdo. Si el GHPP no acepta, usted puede escribir una carta indicando que no está de acuerdo con nuestra decisión, y esa carta se guardará en su historial médico.
- Obtener una lista de las personas que han recibido información médica sobre usted por parte del programa GHPP. La lista no incluirá las veces en las que le hemos dado la información a usted o a alguien autorizado por usted, o si dimos su información por razones de tratamiento, pago o atención médica.
- A pedir que el GHPP se ponga en contacto con usted de otra manera o que mande la información a un apartado de correos en lugar de a su casa.