



**CARPENTERS  
SOUTHWEST  
ADMINISTRATIVE  
CORPORATION**

533 South Fremont Avenue  
Los Angeles, CA 90071-1706

Tel: 213-386-8590 • Toll Free: 800-293-1370  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD BAJO HIPAA**

Fideicomiso del Sudoeste de Carpinteros de Salud y Bienestar patrocina a **Carpinteros Del Sudoeste Plan de Salud y Bienestar para Carpinteros Activos** y los **Carpinteros del Sudoeste Plan de Salud y Bienestar para Carpinteros Jubilados**

### **Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.**

**Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.**

**Fecha Efectiva de Notificación: 1 de septiembre del 2015**

### **RESUMEN**

#### **Sus Derechos**

Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de su historia de salud y reclamaciones
- Corregir sus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de su aviso de privacidad en papel o en documento electrónico
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar un reclamo si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados
- Recibir una notificación si hay un incumplimiento de su información médica protegida sin su garantía

#### **Sus Opciones**

Usted tiene algunas opciones en la forma en que podemos utilizar y compartir la información a medida que:

- Respondemos a las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionamos alivio de desastres

#### **Nuestros usos y divulgaciones**

Podemos utilizar y compartir su información a medida que:

- Ayudamos a controlar el tratamiento de cuidado de la salud que usted recibe
- Dirigimos nuestra organización
- El manejo de las tarifas por sus servicios de salud
- Administremos su plan de salud
- Ayudemos con asuntos de seguridad y salud pública
- Realizamos investigaciones de salud
- Cumplimos con la ley

- Respondamos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario
- Nos dirigimos en asuntos de Compensación de Trabajadores, Cumplimiento de la Ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales
- Proporcionar prueba de inmunizaciones del estudiante a la escuela

## **Sus Derechos**

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

### ***Obtener una copia de su registros de salud y reclamaciones***

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones u otra información de salud que tengamos de usted. Pregúntenos como hacerlo.
- Le entregamos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podríamos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

### ***Consúltenos para corregir los registros de salud y reclamaciones***

- Puede solicitar que corriamos la información médica sobre usted si piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos como hacerlo.
- Podríamos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

### ***Solicitar Comunicaciones Confidenciales***

- Puede pedir que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de casa o de oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y hay que decir "sí" si usted nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

### ***Consúltenos para limitar lo que utilizamos o compartimos***

- Usted puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si esto afectaría su cuidado de salud.

### ***Obtenga 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 (6) años previos a la fecha de su solicitud, con quien la hemos compartido, y el 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.

### ***Obtenga una copia de esta notificación de privacidad***

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si ha acordado recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato. Si hay un incumplimiento de su información médica protegida le notificaremos.

### ***Elegir a alguien que actué en su nombre***

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

### **Presentar un reclamo si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar un reclamo comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 7 de este aviso.
- Puede presentar un reclamo en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheetsspanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheetsspanish.html), disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de un reclamo.

### **Sus opciones**

**Para determinada información de salud, puede decirnos sus decisiones sobre que compartimos.** Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en los pagos de su salud.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.  
*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos dé un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo o recaudación de Fideicomisos
- Venta de su información
- Notas de psicoterapia

### **Sus Representantes Personales**

Usted puede ejercitar los derechos de su información de Salud Protegida ("PHI") por la designación de un "representante personal". Se requiere que su representante personal estará obligado a presentar prueba de la autoridad para actuar en su nombre antes de que el representante personal se le dará acceso a su PHI o le permitirá tomar cualquier medida para usted.

Bajo este plan, la prueba de tal autoridad incluirá:

- (1) una forma completa, firmada y aprobada de nombrar a un representante personal (usted puede obtener esta forma comunicándose con el Oficial de Privacidad a la dirección que aparece en la página 7 de este aviso o, encontrará la forma de en el sitio web "Salud / HIPAA formas" en <http://carpenterssw.org/forms-docs/>)
- (2) un poder notarial para el propósito de cuidado de salud; o
- (3) conservador o tutor designado por la corte

El Plan mantiene discreción de negar el acceso de Representante Personal a información de salud protegida ("PHI") de un individuo si el Plan tiene una creencia razonable de que el resultado podría ser de exponer a la persona a la violencia doméstica, el abuso, negligencia o puesta de peligro, o es el juicio profesional del Plan que no está en los mejores intereses del individuo.

- Cónyuge Actual. Cónyuge de un individuo no es automáticamente Representante Personal del individuo, por propósito de los afectos de las normas de privacidad de HIPAA, por el simple hecho del matrimonio. Bajo este Plan, vamos a cumplir con el cónyuge del empleado como su representante personal para los efectos del pago de beneficios del Plan y viceversa, sólo si cada cónyuge designa al otro cónyuge como su Representante Personal, completando la forma para designar un Representante Personal y enviar está forma al Oficial de Privacidad,

o si el Plan se presenta con un documento de poder notarial para el propósito de cuidado de salud; o si el Plan se presenta con una forma de autorización de HIPAA válida y completa. Las formas están disponible en la página web de fideicomiso bajo "Health/HIPAA forms" en <http://carpenterssw.org/forms-docs/>.

- **Padres y Tutores Considerados Representantes Personales de Menores No Emancipados.** El Plan tendrá en cuenta uno de los padres, tutor u otra persona que actúe en lugar de un padre como Representante Personal de un menor no emancipado (generalmente un niño menor de 18 años) a menos que la ley aplicable exija otra cosa. En lugar de un padre se puede definir aún más por la ley del estado, pero en general se refiere a una persona que ha sido tratado como un padre por el niño y que ha formado una relación significativa de los padres con el niño durante un período sustancial de tiempo.
- **Autorización Necesario Para Niños Adultos.** Si usted tiene hijos a cargo mayores de 18 años (por ejemplo, estudiantes) cubiertos por el Plan, y el niño quiere que usted, como el padre (s), tengan acceso a su PHI, ese niño tendrá que completar una forma para Nombrar a un Representante Personal para designar usted y / o su cónyuge como Representantes Personales. La forma está disponible con el Oficial de Privacidad o en la página web del Fideicomiso "Health/HIPAA forms" en <http://carpenterssw.org/forms-docs/>.

### **Nuestros usos y divulgaciones**

¿Cómo utilizamos o compartimos su información de salud? Por lo general, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

#### ***Ayudar a controlar el tratamiento de cuidado de la salud que usted recibe***

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que le estén proporcionando tratamiento.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.*

#### ***Dirigir nuestra organización***

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención de salud y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar la información genética para decidir si le daremos la cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

*Ejemplo: Utilizamos la información sobre su salud para desarrollar mejores servicios para usted.*

#### ***Pagar por sus servicios***

- Podemos utilizar y compartir su información médica para obtener pagos de los planes de salud.

*Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.*

#### ***Administrar su plan***

- Podemos divulgar su información de salud a su patrocinador del plan de salud para la administración del plan.

*Ejemplo: Proporcionamos información acerca de reclamaciones sin-identificación al Consejo Directivo para que puedan determinar las tarifas de contribución del empleador.*

#### **Otros Usos y Divulgaciones**

Cualquier otro uso o divulgación no descrita en el aviso se harán sólo con su autorización.

La forma de autorización del Fideicomiso se encuentra en el sitio web

<http://carpenterssw.org/forms-docs/>

## ***Revocación de Autorización Previa***

Usted puede revocar una autorización previa concedida para notas de psicoterapia, mercadeo, ventas o cualquier otro uso autorizado y de divulgación. La forma del Fideicomiso para revocar una autorización previa se encuentra en <http://carpenterssw.org/forms-docs/>.

## ***¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?***

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones de salud). Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos propósitos.

Para información disponible en español, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheetsspanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheetsspanish.html)

## ***Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad***

Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con el retiro de productos del mercado
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien

## ***Hacer investigaciones de salud***

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

## ***Cumplir con la Ley***

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren ver que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

## ***Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos***

- Podemos compartir su información de salud con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

## ***Abordar Compensación de Trabajadores, el Cumplimiento de la Ley y otras solicitudes gubernamentales***

Podemos utilizar o compartir su información de salud:

- En reclamos de compensación de trabajadores
- A los fines de cumplir con la ley o con un personal funcionario de la ley
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley
- En el caso de funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

## ***Responder a demandas y acciones legales***

- Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## ***Nuestras responsabilidades***

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud 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 impresa o electrónica.

- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta excepto como se describe aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de opinión.

**Para más información visite:**

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheetsspanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheetsspanish.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 web y le enviaremos una copia por correo.

**A quien contactar en el Plan para más información:**

**Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o los temas tratados en el mismo, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad, se especifica a continuación, en la Oficina del Fideicomiso:**

**1. Planes Médicos**

El Oficial de Privacidad  
Carpenters Southwest Administrative Corporation (CSAC)  
533 South Fremont Avenue  
Los Angeles, CA 90071-1706  
Teléfono: (213) 386-8590 or (800) 293-1370

**2. Plan de Indemnización Autofinanciados de Medicamentos Recetados**

(Administrada por Express Scripts) Oficial de Privacidad  
Express Scripts Privacy Services Unit  
P.O. Box 800  
Franklin Lakes, NJ 07417  
Teléfono : 1 (800) 939-7087

ver. date  
07/2019



**CARPENTERS  
SOUTHWEST  
ADMINISTRATIVE  
CORPORATION**

533 South Fremont Avenue  
Los Angeles, CA 90071-1706

**Tel:** 213-386-8590 • **Toll Free:** 800-293-1370  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

## **AUTORIZACIÓN DE HIPAA**

Para ofrecerle los beneficios a los cuales tiene derecho, el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste del Plan de Salud y Bienestar (conocido como “**Fideicomiso**”) debe reunir, crear y mantener información sobre usted. Nosotros en el Fideicomiso nos preocupamos por la privacidad de su información referida como “**Información de Salud Protegida**” o “**PHI**” bajo la Obra de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud de 1996 (conocido como “**HIPAA**”). Para proteger su PHI, HIPAA exige que los planes de salud, tal como el Fideicomiso, establezcan nuevas pólizas y procedimientos con respecto a cómo utilizar y divulgar la información sobre los participantes como usted.

El Aviso de Practicas de Privacidad que se han enviado a todos los participantes de planes de salud, por medio del Fideicomiso, describe cómo se puede utilizar y divulgar Información de Salud Protegida sobre usted, así como, las obligaciones del Fideicomiso y sus derechos con respecto a la información. Si usted desea otra copia del Aviso de Practicas de Privacidad, usted la puede solicitar comunicándose con la oficina del Fideicomiso al (213) 386-8590 o visite nuestro sitio web [www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org).

HIPAA tiene límites establecidos entre aquellos con los que el Fideicomiso puede mencionar su Información de Salud Protegida cuando usted no esté presente en la conversación. Estos límites incluyen información sobre su elegibilidad y la elegibilidad de sus dependientes cubiertos, fechas de tratamientos y las razones de cualquier rechazo de beneficios. Si usted desea autorizar a la oficina del Fideicomiso para compartir este tipo de información de salud protegida con otra persona usted debe completar el formulario de Autorización estándar del Fideicomiso. Por lo general, usted no necesitará una autorización para obtener información de salud protegida sobre sus hijos menores de edad. Sin embargo, sí se requiere una autorización para obtener Información de Salud Protegida sobre los dependientes cubiertos que ya son adultos.

Usted puede obtener información adicional con respecto a las autorizaciones por escrito al Oficial de Privacidad, al domicilio:

Carpenters Southwest Administrative Corporation  
Atención: Oficial de Privacidad  
533 S. Fremont Avenue  
Los Angeles, CA 90071-1706