

## AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso protege los derechos de los miembros anteriores y actuales de Delta Dental of Washington (DDWA). Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información personal sobre usted y cómo usted puede acceder a ella. Este aviso rige para todas las compañías correspondientes dentro de la familia de Washington Dental Service, que incluye a DDWA. **Léalo detenidamente.**

#### Nuestras prácticas de privacidad y responsabilidades

- 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 la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna otra forma que no se haya descrito aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

#### Sus derechos

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

<p>Obtenga una copia electrónica o en papel de sus registros médicos y reclamaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar que le muestren o le proporcionen una copia electrónica o en papel de sus registros médicos y de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Esto incluye la inscripción, el pago, la determinación de reclamaciones, las actividades de administración dental y la información utilizada para tomar decisiones de inscripción, cobertura o pago sobre usted. Su derecho a esta información no incluye copias de la información:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Realizadas con una anticipación razonable respecto de una acción o procedimiento civil, penal o administrativo (o su respectivo uso en estas).</li><li>○ Sujeto a las leyes federales o estatales que no nos permiten dárselas.</li><li>○ Eso podría dañarlo a usted o a otra persona. Si limitamos el acceso debido a esto, tiene derecho a solicitar una revisión de esta decisión.</li></ul></li><li>• Su solicitud debe realizarse por escrito. Visite <a href="http://www.deltadentalwa.com">www.deltadentalwa.com</a> para obtener una copia del formulario de solicitud de autorización (divulgación de información).</li><li>• Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, generalmente en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable con base en los costos.</li></ul>
--	---

Pídanos que corriamos los registros médicos y de reclamaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitarnos que corriamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que no son correctos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.</li> <li>• Es posible que digamos “no” a su solicitud, pero le diremos el porqué por escrito, generalmente en un plazo de 60 días.</li> </ul>
Solicitud de comunicaciones confidenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.</li> <li>• Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.</li> </ul>
Pídanos que limitemos la información que usamos o compartimos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones, especialmente para los servicios pagados de su bolsillo sin los beneficios del plan.</li> <li>• No estamos obligados a aceptar su solicitud. Por ejemplo, podemos decir “no” si eso afectaría su atención médica.</li> </ul>
Obtención de una lista de aquellas personas con las que compartimos información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedir una lista (explicación) de las veces que hemos compartido su información médica hasta los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos, y por qué.</li> <li>• Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos sin costo una explicación al año, pero le cobraremos un cargo razonable con base en los costos si solicita otra en un plazo de 12 meses.</li> </ul>
Obtención de una copia de este aviso de privacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aun cuando haya aceptado recibir este aviso en formato electrónico. Le brindaremos una copia impresa de inmediato.</li> </ul>
Elección de una persona que actúe en su nombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para atención médica o si otra persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.</li> <li>• Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.</li> </ul>

### Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos cuáles son sus preferencias en cuanto a la información que compartimos. Si tiene una preferencia clara con respecto a cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué desea que hagamos, y cumpliremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• que compartamos información con su familia, amigos cercanos o con otras personas involucradas en el pago de su atención</li> <li>• que compartamos información en caso de catástrofe</li> </ul>
---	--

	<i>Si no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que esto lo beneficia. También podemos compartir su información cuando sea necesario para paliar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.</i>
En estos casos, nunca compartimos su información, a menos que nos dé permiso por escrito:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fines de comercialización</li> <li>• Venta de su información</li> </ul>

### Nuestros usos y divulgaciones

**¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información médica?** Generalmente usamos o compartimos su información médica, sin su permiso, de las siguientes maneras.

Pago de sus servicios médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar y divulgar su información cuando pagamos sus servicios dentales o para coordinar la atención con otros planes de beneficios que pueda tener.</li> </ul>	<b>Por ejemplo:</b> <i>Enviamos y recibimos información sobre sus reclamaciones para coordinar el pago de su trabajo dental.</i>
Ayudar a manejar el tratamiento para el cuidado de la salud que recibe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que le brindan tratamiento.</li> </ul>	<b>Por ejemplo:</b> <i>Compartimos la información dental con su dentista para ayudarle a que le brinde la atención que usted necesita.</i>
Administrar nuestra organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario. Podemos compartir información que no esté relacionada con la salud con otros miembros de la empresa para fines operativos comerciales.</li> <li>• No podemos usar información genética para decidir si le proporcionaremos cobertura y el precio de esa cobertura.</li> </ul>	<b>Por ejemplo:</b> <i>Utilizamos información médica sobre usted para prestarle mejores servicios.</i>
Administración de su plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos divulgar su información al patrocinador de su plan de beneficios para empleados para la administración del plan. La información detallada no se comparte con su empresa de</li> </ul>	<b>Por ejemplo:</b> <i>Su empresa tiene un contrato con nosotros para proporcionar un plan dental, y nosotros le brindamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.</i>

	beneficios a menos que esta acepte mantener su privacidad.	
--	--	--

**¿De qué otra forma podemos usar o divulgar su información médica?** Tenemos la posibilidad o la obligación de compartir su información de otras formas; generalmente en formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

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

Ayudar con asuntos de salud y seguridad públicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prevenir enfermedades</li> <li>○ Ayudar con productos que se retiran del mercado</li> <li>○ Informar reacciones adversas a medicamentos</li> <li>○ Denunciar presuntos casos de abuso, abandono o violencia doméstica</li> <li>○ Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona</li> </ul> </li> </ul>
Realizar investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.</li> </ul>
Cumplir con la ley	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea verificar que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.</li> </ul>
Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un examinador médico o director de una casa funeraria	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de obtención de órganos.</li> <li>● Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de una casa funeraria cuando una persona fallece.</li> </ul>
Abordar asuntos de compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley y otras peticiones del gobierno	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Podemos usar o compartir su información médica: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para reclamaciones de compensación de los trabajadores</li> <li>○ Para los fines de cumplimiento de la ley o con un oficial del orden público</li> <li>○ Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley</li> <li>○ Para funciones especiales del gobierno como servicios militares, de seguridad nacional, y de protección presidencial</li> </ul> </li> </ul>
Responder a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.</li> </ul>

Si ninguna de estas situaciones aplica, debemos obtener su permiso por escrito, conocido como autorización, antes de usar o compartir su información de salud. Si firma una autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento y revocar su autorización escribiéndonos a la dirección que figura en la página 5 de este aviso. Si cambia de opinión, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud por razones cubiertas por su autorización, a menos que lo exija la ley. No podemos retirar ningún uso o divulgación que hayamos hecho mientras su permiso estuvo vigente.

### Información especialmente protegida

En algunas situaciones, las leyes federales y estatales brindan protecciones especiales para ciertos tipos de información de salud, como el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, el tratamiento de salud mental, el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. No divulgaremos esa información especialmente protegida sin su permiso por escrito, a menos que la ley exija lo contrario.

### Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita en nuestro sitio web, y le enviaremos un aviso de cambios por correo.

### ¿Tiene alguna pregunta?

Puede hacer una pregunta o presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros al número gratuito **1-888-338-0172**. También puede presentar una queja por escrito ante DDWA en [compliance@deltadentalwa.com](mailto:compliance@deltadentalwa.com) o:

Delta Dental of Washington  
Attn: Compliance and Privacy Officer  
PO Box 75688  
Seattle, WA 98175

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. llamando al 1-877-696-6775. También puede presentar una queja por escrito visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) o:

Centralized Case Management Operations  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

**No tomaremos ninguna represalia en su contra por presentar una queja.**