Aviso de las prácticas de privacidad

Vigente: 14 de abril de 2003 | Actualización: 31 de julio de 2026

CalOptima Health brinda acceso a atención médica por medio de nuestros planes de Medi-Cal, OneCare (HMO D-SNP), el plan Medicare Advantage para personas con necesidades especiales, y el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE). De acuerdo con las leyes federales y estatales, debemos proteger su información médica. Después de ser elegible e inscribirse en uno de nuestros planes de salud, Medicare o Medi-Cal nos envía su información. También recibimos su información médica por parte de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para aprobar y pagar por su atención médica.

Este aviso explica cómo se debe usar y compartir su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Léalo atentamente.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted cuenta con ciertos derechos.
Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarle.

¿Cómo protegemos su información?	• Contamos con medidas de seguridad para controlar el acceso físico y electrónico a su información, que incluye información sobre raza, origen étnico, idioma, estado de discapacidad, incluso la función e identidad, identidad de género y orientación sexual. • Nuestras políticas y procedimientos describen lo que está permitido y lo que no está permitido al usar su información médica personal, incluso información sobre raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual. • El acceso a medios electrónicos puede incluir formatos digitales, dispositivos y equipos electrónicos, y almacenamiento de información. • No discriminamos a los miembros en función de alguna información delicada.
Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos	• Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos, además de otra información médica que tengamos sobre usted. Debe hacer esta solicitud por escrito. Le enviaremos un formulario para que lo llene, y es posible que le hagamos un cobro justo por los costos de los servicios de fotocopia y correo postal. Debe proporcionar una forma válida de identificación para poder ver u obtener una copia de sus registros médicos. • Por lo general, le entregaremos una copia o un resumen de sus

	registros médicos y de reclamos en un plazo de 30 días después de recibir su solicitud. • Por razones permitidas por la ley, es posible que no compartamos con usted ciertas partes de sus registros. • **CalOptima Health no tiene copias completas de sus registros médicos. Si desea ver, obtener una copia o hacer algún cambio en sus registros médicos, comuníquese con su médico o clínica.**
Pedir que corrijamos sus registros médicos y de reclamos	• Tiene derecho a enviar una solicitud por escrito para cambiar alguna información en sus registros si no es correcta o no está completa. Debe hacer su solicitud por escrito. • Es posible que rechacemos su solicitud si CalOptima Health no generó o no conserva tal información, o si creemos que la información es correcta y está completa, pero le explicaremos las razones por escrito en un plazo de 60 días. • Si no hacemos los cambios que solicitó, puede pedir que revisemos nuestra decisión. También puede enviar una declaración que indique por qué no está de acuerdo con nuestros registros, y esa declaración se guardará con su expediente.
Solicitar comunicados confidenciales	• Puede pedir que nos comuniquemos con usted por su método de contacto preferido (por ejemplo, por teléfono de casa o trabajo) o que enviemos su correspondencia a una dirección diferente. • Tomaremos en cuenta todas las solicitudes que sean favorables. Tendremos que acceder si nos indica que usted podría estar en riesgo si no lo hacemos.
Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos	• Puede pedir que **no** usemos o compartamos cierta información médica para fines de tratamiento, pago, o para nuestras operaciones de atención médica. • No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos si eso pudiera afectar su atención.
Obtener una lista de con quién compartimos su información	• Puede pedir una lista de las veces en las que compartimos su información médica durante los últimos seis (6) años anteriores a la fecha en la que lo solicitó. • Tiene derecho a solicitar una lista sobre qué información compartimos, con quién, cuándo y por qué la compartimos. • Incluiremos todas las divulgaciones, con excepción de aquellas relacionadas con su tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, además de algunas otras divulgaciones (como alguna que usted nos haya pedido que hiciéramos).
Obtener una copia de este aviso de privacidad	• Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó el aviso electrónicamente. Le ofreceremos una copia impresa oportunamente. • También puede encontrar este aviso en nuestro sitio web www.caloptimahealth.org.
Elegir a alguien para que	• Si le dio a alguien una carta poder médica o si tiene un tutor legal,

tome decisiones por usted	esta persona podrá ejercer los derechos que usted tiene y tomar decisiones sobre su información médica. • Nos aseguraremos de que esta persona tenga esta autoridad y de que pueda decidir por usted antes de tomar alguna medida.
Presentar una queja si siente que no se cumplieron sus derechos	• Si siente que no cumplimos sus derechos, puede quejarse comunicándose con nosotros usando la información incluida en este aviso. • No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
Usar restricciones de pago por su cuenta	• Si paga toda la factura de un servicio, puede pedir a su médico que no comparta con nosotros la información sobre ese servicio. Si usted o su proveedor presentan un reclamo a CalOptima Health, no tenemos que aceptar una restricción. Si la ley exige la divulgación, CalOptima Health no tiene que aceptar su restricción.
Compartir electrónicamente su información médica	• CalOptima Health puede compartir su información a través de sistemas informáticos seguros cuando la ley lo permita o lo exija. Podemos compartir su información con sus médicos y otros proveedores de atención médica, otros planes de salud, proveedores de salud mental y de tratamiento por consumo de sustancias, agencias del condado y otras personas o entidades que colaboran con su atención. Podemos compartir su información para brindar y coordinar su atención médica, pagar por los servicios, revisar las solicitudes de los servicios, ayudarle a cambiar de plan de salud o proveedor, mejorar la calidad de la atención y cumplir con la ley. • Puede pedirnos que enviemos cierta información médica a una aplicación de salud o a otra persona o compañía que usted elija. Antes de usar una aplicación, revise sus prácticas de privacidad y seguridad. Algunas aplicaciones no están sujetas a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA). Después de enviar su información a una aplicación, esta puede usarla o compartirla de maneras distintas a las permitidas por las normas de CalOptima Health. Algunas aplicaciones de salud para consumidores no están sujetas a HIPPA, aunque pueden estar sujetas a otras leyes federales y estatales. Antes de elegir una aplicación, debe revisar sus prácticas de privacidad y seguridad. • Cuando la ley lo permita o lo exija, CalOptima Health puede compartir electrónicamente cierta información sobre reclamos, consultas, datos clínicos y autorizaciones previas con un proveedor elegible con quien usted tenga una relación de tratamiento, a través de la Interfaz de programación de aplicaciones (Application Program Interface, API) de acceso para proveedores. Esto puede facilitar su tratamiento, la planificación de su atención, la aprobación de servicios, los cambios en su cobertura médica y el traslado de su información médica a un nuevo plan o proveedor. Puede decidir si desea participar o no. Dejar de participar no afectará su elegibilidad, sus beneficios ni la atención que recibe. Es

	posible que tenga derecho a rechazar ciertos tipos de intercambio electrónico de información. Para obtener más información o cambiar sus opciones, incluso la suscripción o la cancelación de la misma, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-888-587-8088** (TTY **711**).

Para cierta información médica, puede informarnos sus elecciones sobre lo que podemos compartir. Si tiene una preferencia sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se indican a continuación, comuníquese con nosotros. En la mayoría de los casos, si usamos o compartimos su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) para fines no relacionados con el tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, primero debemos recibir su autorización por escrito. Si nos da su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. No podemos revertir el hecho de haber usado o compartido su PHI cuando teníamos su autorización por escrito, pero sí podemos dejar de usarla o compartirla en el futuro.

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 el pago de su atención. • compartamos información en una situación de auxilio ante catástrofes.
En estos casos, *nunca* compartimos su información, a menos que nos dé su autorización por escrito	• Cierta información médica cuenta con protecciones adicionales de privacidad. Esto puede incluir registros sobre el tratamiento por consumo de alcohol o drogas, conocidos como información sobre el trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), así como otra información confidencial. La información sobre SUD está protegida por las normas federales de la Parte 2 (42 C.F.R. Parte 2). Cuando la ley exija una autorización por escrito, CalOptima Health puede utilizar el formulario de Autorización para compartir información confidencial de los miembros del Departamento de Servicios para la Atención Médica de California, también conocido como formulario ASCMI. Este formulario le permite elegir qué información puede compartirse, quién puede recibirla, por qué puede compartirse y durante cuánto tiempo estará vigente su autorización. Firmar el formulario es decisión suya. Si decide no firmarlo, esto no afectará sus beneficios de CalOptima Health ni su derecho a recibir atención médica. Sin embargo, podría dificultar que CalOptima Health comparta cierta información o coordine algunos aspectos de su atención o servicios. Usted puede cancelar su autorización por escrito en cualquier momento. Esto suspenderá el intercambio de su información en el futuro, pero no afectará la información que ya nos haya autorizado compartir. • Notas de psicoterapia: debemos obtener su permiso para hacer cualquier uso o divulgación de las notas de psicoterapia, excepto para llevar a cabo algún tratamiento, pago u operación de atención médica. • Información sobre su raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual, excepto para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

	• Información sobre su raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual para la suscripción, denegación de cobertura y servicios, o para la determinación de beneficios. • Necesidades promocionales. • Venta de su información.
Compartir su información con otros planes de salud cuando cambie su cobertura	• Si se inscribe en CalOptima Health después de haber estado en otro plan de salud, o si cuenta con cobertura de más de un plan, podemos solicitar a su otro plan su información médica más reciente, como reclamos, consultas, datos clínicos incluidos en la base de datos del United States Core Data for Interoperability (USCDI), así como ciertas decisiones de autorización previa para que no se detenga la atención que recibe. También podemos compartir esta información con su nuevo plan si decide dejarnos. • Solo compartiremos o solicitaremos esta información cuando usted o su representante personal nos den permiso para hacerlo. Le preguntaremos si desea permitirnos compartir su información al momento de inscribirse y, mientras sea miembro, al menos una vez al año. Cierta información protegida, como los registros relacionados con trastornos por consumo de sustancias y la información sobre servicios confidenciales de California, se comparte únicamente según lo descrito en este aviso y conforme a la aprobación que usted otorgue por separado. • Para otorgar o cancelar su autorización, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-888-587-8088** (TTY **711**).

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le informaremos lo antes posible si sucede alguna violación que pudiera haber puesto en riesgo la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la que se describe aquí, a menos que usted nos lo autorice por escrito. Si nos lo autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si decide cambiar de opinión.

Cómo usamos y compartimos su información

CalOptima Health puede usar o compartir su información solo para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica relacionadas con los programas de Medi-Cal, Medicare (OneCare) o PACE en los que está inscrito. Podemos usar y compartir su información en intercambios de información médica, incluso con redes de intercambio a nivel estatal, con los proveedores que participan en su atención. La información que usamos y compartimos incluye, entre otros:

- su nombre
- dirección
- antecedentes de atención y tratamiento que se le ha brindado
- costo o pago de la atención

Aviso de las prácticas de privacidad

Estos son algunos ejemplos de cómo compartimos su información con las personas involucradas en su atención:

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe	• Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están atendiendo. Esto puede incluir su raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual para proporcionarle los servicios que mejor se ajusten a sus necesidades.	**Por ejemplo:** Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que programemos servicios adicionales. Compartiremos esta información con médicos, hospitales y otras personas para brindarle la atención que necesita.
Dirigir nuestra organización (operaciones de atención médica)	• Podemos usar y compartir su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando se necesite. • **No tenemos permitido usar información genética para decidir si le prestaremos cobertura ni el precio de esta.**	**Por ejemplo:** Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted, lo que puede incluir la revisión de la calidad de la atención y los servicios que recibe. También podemos usar esta información en auditorias e investigaciones de fraude.
Pagar sus servicios de salud	• Podemos usar y compartir su información mientras paguemos sus servicios de atención médica.	**Por ejemplo:** Compartimos información con los médicos, las clínicas u otras entidades que nos facturen por su atención. También podemos reenviar facturas a otros planes de salud u organizaciones para su pago.
Administrar su plan	• Podemos compartir su información médica con el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para administrar su plan.	**Por ejemplo:** Tenemos un contrato con DHCS para ofrecerle un plan de salud y, por lo tanto, tenemos la obligación de compartir cierta información con ellos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

En ciertos casos, la ley nos permite o nos exige compartir su información para promover el bienestar público en general, como en materia de investigación y salud pública. Antes de compartir su información por estos motivos, debemos cumplir con todos los requisitos legales que aplican.

Ayudar con la salud pública y los problemas de seguridad	Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones, por ejemplo: • prevenir enfermedades • ayudar a retirar productos del mercado • informar sobre reacciones adversas a los medicamentos • avisar si se sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica • prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguien.
Cumplir la ley	• Compartiremos información sobre usted si las leyes federales o estatales así lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando necesiten confirmar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un examinador médico o un director funerario	• Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos. • Podemos compartir información médica con un forense, examinador médico o director funerario, cuando fallece una persona.
Atender solicitudes de compensación al trabajador, solicitudes de autoridades policiales y otras solicitudes gubernamentales	Podemos usar o compartir su información médica: • para atender reclamos de compensación al trabajador • por motivos relacionados con la aplicación de la ley o con un oficial de seguridad pública • con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley • para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
Responder a demandas y acciones judiciales	• Podemos compartir su información médica en respuesta a alguna orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.
Cumplir con leyes especiales	• Existen leyes especiales que protegen ciertos tipos de información médica, como los servicios de salud mental, el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias, y las pruebas y el tratamiento del VIH/SIDA. Obedeceremos estas leyes cuando sean más estrictas que este aviso. • También existen leyes que limitan nuestro uso y divulgación por razones directamente relacionadas con la administración de los programas de CalOptima Health.

Confidencialidad de servicios de atención delicada

CalOptima Health se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de la información relacionada con los servicios de atención delicada que recibe. Estos servicios incluyen atención de salud mental y del comportamiento, tratamientos de trastornos por consumo de sustancias, atención para la afirmación de género, atención médica reproductiva y sexual, infecciones de transmisión sexual, casos de violación o agresión sexual, enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles, atención relacionada con el VIH/SIDA, y la violencia en la pareja, según lo define la sección § 56.05(s) del Código Civil de California. CalOptima Health enviará información sobre los servicios de atención delicada a la dirección

postal, correo electrónico o número de teléfono de su preferencia, o, si no proporciona otra opción, usaremos los datos que tenemos en archivo. CalOptima Health no compartirá información médica sobre estos servicios con nadie más sin su consentimiento por escrito.

Al completar el formulario de Autorización para compartir información confidencial de los miembros (ASCMI) del DHCS puede indicarnos qué parte de su información confidencial y delicada puede compartirse con sus colaboradores en la atención, como proveedores, agencias del condado y organizaciones de servicios sociales. El formulario ASCMI le permite elegir los tipos de información que desea compartir y puede cancelar su autorización en cualquier momento enviando el formulario de revocación de ASCMI. Sus preferencias para compartir información quedan registradas y podremos confirmar su autorización antes de compartir su información cuando la Plataforma de control del consentimiento a nivel estatal se encuentre disponible. Usar el formulario ASCMI es su decisión; no es un requisito para recibir atención o servicios.

CalOptima Health respetará sus solicitudes de correspondencia confidencial en la forma y formato que usted elija, siempre que sea posible. Su solicitud de correspondencia confidencial relacionada con los servicios de atención delicada seguirá vigente hasta que usted la cancele o presente una nueva solicitud. Llámenos gratuitamente al **1-888-587-8088** (TTY **711**), o escríbanos para saber cómo solicitar información sobre servicios de atención delicada. Tendrá que enviar su solicitud por escrito y brindarnos cierta información. Podemos enviarle los formularios necesarios. Procesaremos su solicitud en un plazo de siete (7) días calendario después de recibir su llamada o en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud por correo postal de primera clase.

Cambios a los términos en este aviso

CalOptima Health se reserva el derecho de cambiar este aviso de privacidad y las formas en las que mantenemos segura su PHI. Si esto sucede, actualizaremos el aviso y le notificaremos. También publicaremos el aviso actualizado en nuestro sitio web.

Posible divulgación posterior

La información compartida por CalOptima Health, ya sea autorizada por usted (o su representante personal) o en virtud de las leyes de privacidad aplicables, puede ser compartida nuevamente por la persona que recibe su información e incluso por las aplicaciones de terceros que no están sujetas a HIPAA, si no están obligadas por ley a proteger su información.

Cómo comunicarse con nosotros para ejercer sus derechos

Si desea ejercer alguno de los derechos de privacidad que se explican en este aviso, escríbanos a:

CalOptima Health
Privacy Officer
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
1-888-587-8088 (TTY **711**)

O bien, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health **gratuitamente al 1-888-587-8088** (TTY **711**). Contamos con personal que habla su idioma.

Si cree que no protegimos su privacidad y desea presentar una queja o reclamación, puede escribir o llamar a CalOptima Health a la dirección y al número de teléfono antes mencionados. También puede comunicarse a las agencias que se mencionan a continuación:

California Department of Health Care Services
Privacy Officer
C/O: Office of HIPAA Compliance

P.O. Box 997413 MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
Correo electrónico: DHCSPrivacyOfficer@dhcs.ca.gov
Teléfono: 1-916-445-4646
Fax: 1-916-440-7680

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Regional Manager
90 Seventh Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Correo electrónico: ocrcomplaint@hhs.gov
Teléfono: 1-800-368-1019
Fax: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697

California Department of Managed Health Care
Privacy Coordinator
C/O Office of Legal Services
908 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814
Correo electrónico: privacycoordinator@dmhc.ca.gov
Teléfono:1-888-466-2219
Fax: 1-916-255-5241

Ejerza sus derechos sin temor

CalOptima Health no puede revocar sus beneficios de atención médica ni hacer nada que le afecte de alguna manera si decide presentar una queja o ejercer alguno de los derechos de privacidad incluidos en este aviso. Este aviso se aplica a todos los programas de atención médica de CalOptima Health.