

# **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 1/1/2026

ESTE AVISO DETALLA CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

CalViva Health proporciona cobertura de atención médica para usted y su familia. Recibimos información acerca de usted una vez que cumple con los requisitos de elegibilidad y se inscribe en nuestro plan de salud. También recibimos información médica de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales con el fin de pagar por su atención médica.

Estamos obligados por leyes estatales y federales a mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). La PHI es información sobre usted e incluye información demográfica, que puede usarse razonablemente para identificarle y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, la prestación de atención médica que recibe o el pago por dicha atención.

Este Aviso detalla cómo podemos usar y compartir su información y cuáles son sus derechos. Debemos proporcionarle una copia de este Aviso.

## **CAMBIOS EN EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

CalViva Health debe cumplir con este Aviso. Tenemos el derecho de cambiar estas prácticas de privacidad. CalViva Health revisará y distribuirá este Aviso de manera oportuna siempre que haya un cambio significativo en lo siguiente:

- Usos o divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad mencionadas en este Aviso

Pondremos a disposición cualquier Aviso revisado en nuestro sitio web y en el Manual del Afiliado.

## **DE QUÉ MANERA PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN**

Su información solo puede ser utilizada o compartida por CalViva Health por motivos directamente relacionados con su atención médica.

La información que usamos y compartimos incluye lo siguiente:

- Su nombre
- Dirección

- Información personal sobre sus circunstancias
- Atención médica que recibió
- Sus antecedentes médicos

### **Algunos ejemplos:**

**Para tratamiento:** Es posible que necesite un tratamiento médico que requiera que aprobemos previamente la atención cubierta. Compartiremos información con médicos, hospitales y otros proveedores para asegurar que reciba la atención que necesita.

**Para pagos:** CalViva Health revisa, aprueba y paga los reclamos de atención médica que se nos envían por su cuidado médico. Cuando hacemos esto, compartimos información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su atención. También podemos enviar las facturas a otros planes de salud u organizaciones para los pagos.

**Para operaciones de atención médica:** Podemos usar la información de su historial médico para evaluar la calidad de la atención que recibe. También podemos usar esta información en auditorías, programas de detección de fraude y abuso, planificación y administración general. También compartimos los nombres de los afiliados con los registros de inmunización del condado, los cuales informan a CalViva Health si los afiliados han recibido las vacunas, con el propósito de evaluar su estado de inmunización y comunicar la información correspondiente al Departamento de Servicios de Salud de California. Los afiliados pueden solicitar a su proveedor de atención médica que no dan su consentimiento para que este comparta su información de inmunización con un registro de inmunización del condado.

Su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas y las leyes del plan de salud. Esto significa que la información que usted proporciona es privada y segura. Solo podemos compartir esta información con agencias regulatorias de California, proveedores de atención médica y entidades de supervisión de la atención médica. No se compartirá con otros sin su permiso o autorización. Usamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y de los servicios que recibe.

Esta información nos ayuda con lo siguiente:

- comprender mejor sus necesidades de atención médica;
- conocer su preferencia de idioma al acudir a los proveedores de atención médica;
- proporcionar información de atención médica para satisfacer sus necesidades de atención; y
- ofrecer programas que le ayuden a mantenerse lo más saludable posible.

Esta información no se utiliza para fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

**Amenazas a la salud y seguridad:** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que dicho uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.

**Reporte de posible fraude:** Las acciones que tomamos como plan de salud también incluyen investigar posibles casos de fraude en los que su PHI pueda verse afectada.

## **OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN DE SALUD**

También podemos enviarle información sobre exámenes médicos gratuitos y programas de alimentación.

También enviaremos su información cuando la ley nos obligue o nos autorice a hacerlo. En ciertos casos, un tribunal puede exigirnos que revelemos su información de salud. También proporcionaremos información cuando la ley nos obligue a hacerlo para las operaciones del programa de atención médica. Esto puede implicar investigaciones por fraude o acciones para recuperar dinero de terceros cuando otra parte responsable haya pagado sus reclamos médicos.

Usted o su médico, hospital y otros proveedores de atención médica pueden apelar las decisiones tomadas sobre los reclamos de su atención médica. Su información de salud puede ser utilizada para tomar estas decisiones de apelación.

## **Uso no Permitido de la Información de Salud Protegida (PHI)**

No usaremos su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género y necesidades sociales para la suscripción de seguros ni para negar cobertura, servicios o beneficios. Se nos prohíbe usar o divulgar información genética con fines de suscripción de seguros.

## **Protecciones Internas de la PHI Oral, Escrita y Electrónica:**

CalViva Health protege su PHI. También nos comprometemos a proteger la confidencialidad de su información de raza, origen étnico, e idioma (REL, por sus siglas en inglés), y de orientación sexual e identidad de género (SOGI, por sus siglas en inglés). Contamos con procesos de privacidad y seguridad para brindar protección. Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad;
- exigimos que nuestros asociados comerciales cumplan con los procesos de privacidad y seguridad;
- mantenemos nuestras oficinas seguras;

- hablamos sobre su PHI únicamente por motivos laborales y con las personas que necesitan conocerla;
- mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o la almacenamos de forma electrónica;
- usamos tecnología para evitar que personas no autorizadas accedan a su PHI.

## **CUÁNDO SE REQUIERE EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO**

Si queremos usar su información para los motivos que se indican a continuación, debemos obtener su consentimiento por escrito:

- Para fines de marketing: solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de marketing, con algunas excepciones limitadas, como cuando tengamos comunicaciones de marketing cara a cara con usted o cuando entreguemos obsequios promocionales de valor nominal.
- Para divulgaciones que constituyan la venta de su información: no vendemos su información.
- Para el uso y divulgación de notas de psicoterapia: solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que tengamos archivadas, con algunas excepciones limitadas, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Registros de trastornos por uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés): no utilizaremos ni divulgaremos sus registros de SUD en procedimientos legales en su contra, a menos que:
  - recibamos un consentimiento por escrito; o
  - recibamos una orden judicial, se le haya informado sobre la solicitud y se le haya dado la oportunidad de ser escuchado. La orden judicial debe incluir una citación u otro documento legal similar que requiera una respuesta.

Si queremos usar su información para un propósito que no esté mencionado anteriormente, debemos obtener su consentimiento por escrito. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo por escrito en cualquier momento.

Tenga en cuenta que no podemos garantizar que la persona o el grupo con los que nos permita compartir su información de salud no la compartirán con alguien más.

## **¿CUÁLES SON SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD?**

**Derecho a revocar una autorización:** Puede revocar su autorización en cualquier momento y debe hacerse por escrito. La revocación tendrá efecto inmediato, salvo que ya hayamos actuado basándonos en la autorización antes de recibir su notificación por escrito.

**Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene derecho a pedirnos que no usemos ni compartamos su información de salud personal para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como para divulgaciones a personas involucradas en su cuidado o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos si esto afectara su atención.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre su PHI mediante métodos o a lugares alternativos. Puede solicitar el manejo confidencial de su PHI visitando el sitio web de CalViva Health ([www.CalVivaHealth.org](http://www.CalVivaHealth.org)) y completando el Formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidenciales. Los afiliados también puede llamar a Servicios al Afiliado al 1-888-893-1569 (TTY:711) para solicitar el manejo confidencial de su información médica. CalViva Health reconocerá una solicitud de Comunicaciones Confidenciales y la implementará dentro de siete (7) días calendario a partir de la recepción de una transmisión electrónica o telefónica, o dentro de catorce (14) días calendario a partir de la recepción por correo ordinario. Si el afiliado se pone en contacto con CalViva Health, se le informará sobre el estado de la implementación de su solicitud. La solicitud de Comunicaciones Confidenciales se aplicará a todas las comunicaciones que revelen información médica o el nombre y la dirección del proveedor relacionados con la prestación de servicios médicos a la persona que solicita la comunicación confidencial.

Además, CalViva Health no divulgará información médica relacionada con servicios sensibles proporcionados a una persona protegida a ningún otro afiliado del plan que no sea la propia persona protegida que recibe la atención, salvo que cuente con una autorización escrita expresa de dicha persona.

**Derecho a recibir un registro de divulgaciones:** Usted tiene derecho a recibir una lista de los casos en los últimos 6 años en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, a divulgaciones que usted haya autorizado ni a ciertas otras actividades. También tiene derecho a que se le notifique si se produce una violación de su PHI no protegida.

**Derecho a inspeccionar y copiar su PHI:** Usted y su representante personal tienen derecho a obtener una copia de su información. Se le enviará un formulario para completar y es posible que se le cobre una tarifa por los costos de copia y envío de los registros. (Podemos impedir que vea ciertas partes de sus registros por motivos permitidos por la ley).

\*\*\*\*\* **IMPORTANTE** \*\*\*\*\*

CALVIVA HEALTH NO DISPONE DE COPIAS COMPLETAS DE SUS HISTORIALES MÉDICOS. SI DESEA REVISAR, OBTENER UNA COPIA O MODIFICAR SUS HISTORIALES MÉDICOS, POR FAVOR CONTACTE A SU MÉDICO O CLÍNICA.

**Derecho a enmendar su PHI:** Usted tiene derecho a solicitar que se modifique la información en sus registros si no es correcta o está incompleta. Podemos rechazar su solicitud si la información no fue creada o no se mantiene en CalViva Health, o si creemos que es correcta y completa. Si no realizamos los cambios que solicita, puede pedir que revisemos nuestra decisión. También puede enviar una declaración explicando por qué no está de acuerdo con nuestros registros, y su declaración se conservará junto con sus registros.

**Derecho a obtener una copia de este aviso:** Puede solicitar una copia impresa de este Aviso, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente.

**Derecho a presentar una queja:** Si cree que no hemos protegido su privacidad y desea presentar una queja, puede hacerlo llamando o escribiendo a la siguiente dirección:

Privacy Officer  
c/o Office of Legal Services  
California Department of Health Care Services  
1501 Capitol Avenue  
P.O. Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413

Teléfono: 1-916-445-4646 o 1-866-866-0602 (TTY/TDD: 1-877-735-2929)

Correo electrónico: [DHCSPrivacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:DHCSPrivacyofficer@dhcs.ca.gov)

**O**

Secretary of the U.S. Department of Health and Human  
Services Office for Civil Rights

Attention: Regional Manager  
50 United Nations Plaza, Room 322  
San Francisco, CA 94102

Para más información puede llamar al 1-800-368-1019

**O**

a la Oficina de Derechos Civiles de EE. UU. al 1-866-OCR-PRIV (1-866-627-7748)  
o TTY: 1-866-788-4989

### **Ejerza sus derechos sin miedo**

CalViva Health no puede quitarle sus beneficios de atención médica ni hacerle ningún daño si decide presentar una queja o ejercer los derechos de privacidad descritos en este Aviso.

### **PREGUNTAS**

Si tiene preguntas sobre este Aviso y desea obtener más información, comuníquese con nosotros a la dirección y el número de teléfono indicados arriba.

### **¿CÓMO PUEDE CONTACTARNOS PARA EJERCER SUS DERECHOS?**

Si desea ejercer los derechos de privacidad explicados en este Aviso, comuníquese con nosotros por teléfono o por escrito a la siguiente dirección:

CalViva Health Privacy Office  
Attention: Chief Compliance Officer  
7625 N. Palm Ave., Suite 109  
Fresno, CA 93711  
Teléfono: 1-866-863-2465  
Fax: (559) 446-1998