

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE IRVING

ESTE AVISO ES UNA DESCRIPCIÓN ACERCA DE CÓMO SE USARÁ Y SE DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD MEDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELA MUY CUIDADOSAMENTE.

El Distrito Escolar Independiente de Irving esta comprometido a proteger la privacidad y seguridad de toda la información de asistencia médica creada o recibida con relación a nuestros empleados y sus familias beneficiadas bajo nuestros planes de seguros médicos. Este aviso cubre las prácticas de privacidad de los siguientes grupos de seguros médicos patrocinados por el Distrito Escolar Independiente de Irving.

- Grupo de Seguro Médico de Fondos Auto Suficientes del Distrito Escolar Independiente de Irving
- Plan de Indemnización Hospitalaria del Distrito Escolar Independiente de Irving
- Plan de Reembolso de gastos Médicos bajo la Sección 125 del Plan de Cafetería MAXICOMP del Distrito Escolar Independiente de Irving

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe como la información protegida puede ser usada o divulgada por medio de nuestros planes de seguros médicos a fin de planea pagos, operaciones de asistencia médica, y para otros objetivos los cuales son permitidos o requerido por la ley. Además, este Aviso explica nuestras obligaciones legales con relación a su Información Médica Protegida, y describe sus derechos de acceso y control de su Información Médica Protegida.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad ha sido redactado para ser compatible con el documento conocido como "Reglamentos de Privacidad HIPAA" ("HIPAA Privacy Rule"), y cualquiera de los términos no definidos en este Aviso deberán tener el mismo significado que en el documento de "Reglamentos de Privacidad HIPAA".

En caso de tener alguna pregunta o requiera información adicional acerca del Aviso o de las Regulaciones y Procedimientos descritas en este Aviso, favor de contactar: Oficina de Beneficios del Distrito Escolar Independiente de Irving, P.O. Box 152637 Irving, Texas 75015, teléfono (972) 215-5417.

FECHA DE VIGENCIA

Este Aviso de Prácticas de Privacidad entra en vigor el 14 de abril 2003.

NUESTRAS OBLIGACIONES

Bajo el Decreto del Seguro Médico Portátil y Responsable de 1996 ("HIPAA" por sus iniciales en Inglés), los grupos de seguro médico deben de tomar los siguientes pasos para proteger su privacidad "Información Protegida de Servicios Médicos" (o "PHI" por sus iniciales en Inglés) es una información de servicios médicos identificados individualmente, incluyendo información demográfica, obtenida por medio de usted o creada o recibida por medio de un proveedor de servicios médicos, un plan de seguro médico, su patrono (cuando este funciona a favor del plan de servicios médicos), o por medio de una cámara de compensación de servicios médicos y que está relacionada con: 1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura; 2) le proporciona servicios médicos; o 3) pago de servicios médicos en el pasado, presente o futuro. Estamos obligados a proporcionarle una copia de este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y acerca de nuestras políticas de privacidad con relación a PHI, y nosotros debemos de cumplir con los términos de este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar las estipulaciones de nuestro Aviso, y crear las nuevas estipulaciones para que sean efectivas para todas las PHI que administramos. En caso de que hagamos cambios materiales a nuestro Aviso, estaremos enviándoles por correo un Aviso modificado a su dirección que tengamos en nuestros archivos o les proporcionaremos una copia del Aviso modificado por medio de su lugar designado de trabajo.

USOS PRINCIPALES Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SERVICIOS MÉDICOS

La siguiente es una descripción de como probablemente estaremos usando y/o revelando su PHI.

• *Tratamiento, Pago y Operaciones de Servicios Médicos*

Tenemos el derecho de revelar su PHI para todas las actividades que están incluidas dentro de las definiciones de "tratamiento", "pago" y "operaciones de servicios médicos" como están propuestas en la sección 45 C.F.R. § 164.501 (esta provisión es parte de la Regla de Privacidad HIPAA). Los planes de seguro médico listados arriba pueden compartir PHI los unos con los otros tanto como sea necesario para poder llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de servicios médicos relacionados con esos grupos de servicios médicos.

Tratamiento

Nosotros podemos optar con revelar PHI a los proveedores de servicios médicos que sean responsables de su tratamiento médico bajo nuestros grupos de seguros médicos. Por ejemplo, nosotros podríamos proporcionar a su médico, de acuerdo a su solicitud, de copias de varios reportes que le podría ayudar a el/ella en su tratamiento médico.

Pago

Podríamos usar o revelar su PHI para pagar reclamos por servicios provistos a usted y para obtener reembolsos de terminación/pérdida, o de cualquier otra forma cumplir con nuestras responsabilidades de cobertura y estipulación de beneficios. Por ejemplo, podríamos revelar su PHI cuando algún proveedor solicite información con relación a su elegibilidad de cobertura bajo nuestro plan de seguro médico, o nosotros podríamos usar su información para determinar si el tratamiento que usted ha recibido era médicamente necesario.

Operaciones de Servicios Médicos

Podríamos usar o revelar su PHI para mantener nuestro negocio y nuestras funciones administrativas. Estas funciones incluyen, pero no están limitadas a: evaluación de calidad y mejoramiento, revisión del desempeño de proveedores, autorización de licencia, asegurar terminación/pérdida, plan de negocios, y desarrollo de negocios. Por ejemplo, podríamos usar o revelar su PHI: (1) para proporcionarle información acerca de nuestros programas de manejo de casos; (2) para responder a cualquier pregunta hecha por su parte; o (3) con relación a la detección de fraude y abuso y programas de acuerdo.

- **Asociados de Negocios**

Podríamos contratar individuos y entidades (llamadas Asociados de Negocios) para realizar varias funciones a nuestro favor o para proporcionar cierto tipos de servicios. Para proporcionar estas funciones o para proporcionar los servicios, nuestros Asociados de Negocios recibirán, desarrollarán, mantendrán, usarán, o revelarán PHI, pero solamente hasta después de que nuestro Asociado de Negocios consientan por escrito a los términos del contrato diseñado para salvaguardar apropiadamente su información. Por ejemplo, nosotros podríamos revelar su PHI a uno de nuestros Asociados de Negocios para que administre los reclamos y provea servicios de asistencia, administración de uso, subrogación, o administración de beneficios farmacéuticos. Un ejemplo de un Asociado de Negocios sería una de nuestros administradores terceros, quienes manejan muchas de las funciones con relación a la operación de nuestro plan de grupos médicos.

- **Otras Entidades Cubiertas**

Podríamos usar o revelar su PHI para asistir a sus proveedores de servicios médicos con relación a sus actividades de tratamiento o pago, o para ayudar a otras entidades cubiertas con relación a actividades de pago y ciertas operaciones de asistencia médica. Por ejemplo, podríamos revelar su PHI a cualquier proveedor de servicios médicos cuando la necesite para proporcionarle tratamiento, y podríamos revelar su PHI a otra entidad cubierta para conducir operaciones de asistencia médica en el área de seguridad de calificación y actividades de mejoría, o acreditación, certificación, autorización de licencia o credenciales. Esto también significa que podríamos revelar o compartir su PHI con otras compañías de seguro a fin de coordinar los beneficios en caso de que usted o algún miembro de su familia tenga cobertura por medio de otra compañía de seguros.

- **Patrocinador del Plan**

PHI podría ser revelada al patrocinador del plan del grupo de planes de seguro médico, el Distrito Escolar Independiente de Irving, para los propósitos del plan administrativo o de acuerdo al recibo de una autorización firmada por su parte.

Impacto Potencial de las Leyes del Estado

Las Regulaciones de Privacidad del HIPAA generalmente no son "apoderadas" (o toman prioridad sobre) las leyes de privacidad del estado o cualquier otra ley aplicable que provea mayor protección de privacidad a los individuos. Por lo consiguiente, y al grado que la ley del estado se aplica, las leyes de privacidad de un estado particular, u otras leyes federales, en lugar que las Regulaciones de Privacidad HIPAA, podrían imponer un estándar de privacidad bajo el cual requerirán que funcionemos. Por ejemplo, donde tales leyes han sido promulgadas, seguiremos las leyes de privacidad estatales más rigurosas relacionadas con el uso y revelación de PHI acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humano o el SIDA, la salud mental, la dependencia abuso de sustancia químicas, diagnóstico genético, derechos reproductivos, etc.

Otras Posibles Aplicaciones y Revelación de Información Médica Protegida

La siguiente es una descripción de otros posibles medios por los cuales, nosotros podríamos, y estaríamos permitidos a usar y/o revelar su PHI.

- ***Requerido por la Ley***

Podríamos usar o revelar su PHI al extremo que otras leyes requieran su uso. Cuando sea usado en este Aviso, "Requerido por la Ley" su definición es la misma que en los Reglamentos de Privacidad de HIPAA. Por ejemplo, nosotros podríamos revelar su PHI cuando sea requerido por las leyes de seguridad nacional o las leyes de revelación de salud pública.

- ***Actividades de Salud Pública***

Podríamos usar o revelar su PHI por actividades de salud pública autorizadas por la ley. Por ejemplo, podríamos usar o revelar información por propósitos de prevención y control de enfermedades, lesiones, o incapacidad, o podríamos revelar tal información a una autoridad de salud pública autorizada para recibir información de abuso o negligencia infantil. También podríamos revelar PHI, de ser dirigido por una autoridad de salud pública, a una agencia de gobierno extranjera que colabore con la autoridad de salud pública.

- ***Actividades de Oficina Supervisora de Salud***

Podríamos revelar su PHI a una Oficina Supervisora de Salud para actividades autorizadas por la ley, tales como: auditorias, investigaciones; inspecciones; autorización de licencia o acciones disciplinarias; o demandas judiciales o acciones civiles, o administrativas. Las siguientes son las agencias supervisoras de salud que solicitan esta información incluyendo las agencias gubernamentales que esta inspecciona: (1) El sistema de asistencia médica; (2) programas de asistencia de gobierno; (3) otros programas reguladores de gobierno; y (4) cumplimiento con leyes de derechos civiles.

- ***Abuso o Negligencia***

Podríamos revelar su PHI a cualquier autoridad de gobierno que sea autorizada por la ley para recibir informes de abuso, negligencia, o violencia doméstica. Adicionalmente, como es requerido por la ley, podríamos revelar su PHI a una entidad gubernamental autorizada para recibir esta información si creemos que usted ha sido la víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

- ***Procedimientos Legales***

Podríamos discutir su PHI: (1) en el curso de un proceso judicial o administrativo; (2) en respuesta a una orden de una corte o un tribunal administrativo (hasta el punto que esa revelación esté expresamente autorizada); y (3) como respuesta a una citación, una petición de descubrimiento, u otro proceso legal, una vez que hayamos cumplido con todas las exigencias administrativas del Reglamento de Privacidad de HIPAA. Por ejemplo, podríamos revelar su PHI como respuesta a una orden de corte para obtener esta información pero limitada a la cantidad mínima de PHI para cumplir con los términos necesarios de esta orden.

- ***Ejecución de Derecho(Legal)***

Bajo ciertas condiciones, nosotros también podríamos revelar su PHI a oficiales de la ley. Por ejemplo, algunas de las razones para que hagamos esta revelación podrían ser: (1) es requerido por la ley o cualquier otro proceso legal; (2) es necesario localizar o identificar un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida; o (3) es necesario proveer evidencia de un crimen que ha sido cometido en nuestra localidad.

- ***Jueces de Paz, Examinadores Médicos, Directores de una Funeraria y Donación de Órgano***

Podríamos revelar su PHI a jueces de paz o examinadores médicos para los propósitos de identificar a una persona fallecida, para determinar la causa de muerte, o para que el juez de paz o el examinador médico realice cualquier otra actividad autorizada por la ley. Además nosotros podríamos revelar, de acuerdo a lo autorizado por la ley, información a un director de una funeraria para que ellos puedan llevar a cabo sus obligaciones. Además, podríamos revelar PHI a organizaciones que manejen órganos, ojos, o tejido para donaciones y para transplantes.

- ***Investigación***

Podríamos revelar su PHI a investigadores cuando un comité examinador institucional o un comité de privacidad haya: (1) revisado la oferta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información; y (2) aprobado la investigación.

- ***Prevenir una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad***

Compatible con lo aplicable a las leyes federales y estatales, podemos revelar su PHI si creemos que esta información es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad de una persona o el público en general. También podemos revelar PHI de ser necesario a las autoridades legales para identificar o detener a un individuo.

- ***Actividad Militar y Seguridad Nacional, Servicios de Protección***

Bajo ciertas condiciones, nosotros podríamos revelar su PHI si usted es, o era miembro del personal de las fuerzas armadas para actividades consideradas necesarias para las autoridades de comando militar apropiadas. Si usted es miembros de un servicio militar extranjero, nosotros podríamos revelar, bajo ciertas circunstancias, su información a las autoridades militares extranjeras. Además, nosotros también podríamos revelar su PHI a funcionarios oficiales federales autorizados para conducir la seguridad nacional y actividades de inteligencia, y para la protección del Presidente, otras personas autorizadas, o jefes de estado.

- ***Compensación al Trabajador***

Nosotros podríamos revelar su PHI para cumplir con las leyes de la Compensación al Trabajador y otros programas similares que proporcionen beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con su trabajo.

- ***Otras Agencias Involucradas con su Asistencia Médica***

Usando nuestro mejor juicio, podríamos revelar su PHI a un miembro de su familia, pariente, amigo cercano u otro representante personal que usted identifique. Su uso estará basado en cuan involucrada esté la persona en sus cuidados, o en el pago de sus gastos relacionados con su cuidado. Nosotros podríamos divulgar información a padres, o guardianes, si esto es admisible por la ley. También podríamos revelar su información a una entidad que asista en esfuerzos de rescate en desastres de modo que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado, y localización.

Si usted no está presente o tiene capacidad de estar de acuerdo con la divulgación de su PHI a un miembro de su familia o a un amigo cercano, entonces, estaremos usando nuestro mejor juicio para determinar si revelar esta información sería para su mejor beneficio.

Revelaciones Requeridas de su Información Médica Protegida

La siguiente es una descripción de las revelaciones requeridas de su Información Médica Protegida las cuales se requiere hacerlas por la ley.

- ***Revelación a la Secretaría del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos Estadounidense***

Estamos obligados a divulgar su PHI a la Secretaría del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos Estadounidenses cuando la Secretaría esté investigando o determinando nuestro cumplimiento con el Reglamento de Privacidad HIPAA.

- ***Revelaciones a Usted***

Estamos obligados a divulgarle a usted la mayoría de su PHI en un "grupo de información designada" cuando usted solicite acceso a esta información. Generalmente, el "grupo de información designada" contiene registros médicos y de facturación, así como otros registros que son usados para tomar decisiones sobre sus ventajas de asistencia médica. Además estamos obligados a proporcionar, de acuerdo a su solicitud un estado de la mayoría de las divulgaciones de su PHI hechas por otros motivos no relacionados con el tratamiento, pago y operaciones de asistencia médica y que no hayan sido revelados por una autorización firmada.

Estaremos revelando su PHI a cualquier individuo que haya sido asignado por usted como su representante personal y quien haya sido designado de acuerdo a las leyes estatales relevantes.

Aunque usted designe a un representante personal, el Reglamento de Privacidad de HIPAA nos permite elegir no tratar a esa persona como su representante personal si tenemos dudas razonables que: (1) usted ha sido, o puede estar, sujeto a violencia doméstica, abuso, o negligencia por tal persona; (2) el trato de tal persona como su representante personal podría ponerle en peligro; o (3) determinamos, en el ejercicio de nuestro juicio profesional, que no es en su mejor beneficio tratar a la persona como su representante personal.

Otros Usos y Distribuciones de su Información Médica Protegida

Otros usos y distribuciones de su PHI que no hayan sido mencionados anteriormente serán hechos nada más por medio de su autorización por escrito. Si usted nos proporciona esta autorización usted puede revocar la autorización por escrito, y esta revocación entrará en efecto para futuros usos y distribuciones de PHI. Sin embargo, la revocación no entrará en efecto para la información que ya hemos usado o hemos revelado, confiando en la autorización hecha por usted con anterioridad.

SUS DERECHOS

La siguiente es una descripción de sus derechos con relación a su PHI.

- ***Derecho de Solicitar una Restricción***

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en el PHI que usamos para divulgar información concerniente a usted para tratamientos, pagos, u operaciones de cuidados médicos.

No estamos requeridos en convenir a cualquier restricción que usted solicite. En caso que realmente estemos de acuerdo a las restricciones, cumpliremos con las restricciones a no ser que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Usted puede solicitar una restricción al llenar la forma titulada "Solicitud para la Restricción en el Uso y Distribución de Información Médica Protegida" ("Request for Restrictions on Uses and Disclosures of Protected Health Information.") Esta forma está disponible en la oficina de beneficios del Distrito Escolar Independiente de Irving

- ***Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales***

Usted puede solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted en cuanto a su información de una manera o forma alternativa. Por ejemplo, usted puede solicitar que nosotros solamente nos pongamos en contacto con usted por medio de su dirección de trabajo o vía su correo electrónico de trabajo. Como una condición para concederle su solicitud, nosotros requeriremos que usted nos proporcione la información acerca de como el pago será manejado.

Usted podrá requerir una comunicación confidencial al llenar la forma titulada "Solicitud de Comunicaciones Confidenciales." ("Request for Confidential Communications.") Esta forma está disponible en la oficina de beneficios del Distrito Escolar Independiente de Irving

Antes de recibir la información necesaria para esta solicitud, o durante el tiempo que se toma en procesarla, PHI podrá ser revelado (tanto por medio de un EOB.) Por lo tanto, es extremadamente importante que usted nos contacte al número/dirección listados arriba tan pronto como determine que es necesario limitar la divulgación de su PHI.

En caso de que usted termine su solicitud de comunicaciones confidenciales, esta restricción será quitada para todos sus PHI administrados por nosotros, incluyendo esos PHI que hayan sido protegidos anteriormente.

- ***Derecho de Inspeccionar y Copiar***

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI contenido en su "grupo de información designada". Generalmente, la información de un "grupo de información designada" contiene registros médicos y de facturación, así como otros registros que son usados para tomar decisiones sobre sus ventajas de asistencia médica. No obstante, usted no podrá inspeccionar o copiar las notas de su sicoterapeuta o alguna otra información que pueda estar incluida en un grupo de registros designados.

Para inspeccionar y copiar su PHI que está incluida en un grupo de registro designados, usted deberá llenar la forma titulada "Solicitud de Información Médica" ("Request for Health Information.") Esta forma está disponible en la oficina de beneficios del Distrito Escolar Independiente de Irving

Nosotros podríamos negar su solicitud de inspeccionar y copiar su PHI en ciertas circunstancias limitadas. En caso de que se le haya negado acceso a su información usted podrá solicitar que la negación sea reevaluada. Para solicitar una reevaluación, usted deberá ponerse en contacto con nosotros al número/dirección proporcionados en este Aviso. Un profesional autorizado de asistencia médica y escogido por nosotros revisará su petición y la negación. La persona que realice esta revisión no será la misma que negó su petición original. En ciertos casos, nuestra negación no podrá ser reevaluada. De ser así, le informaremos en nuestra negación que la decisión no puede ser reevaluada.

- **Derecho de Enmienda**

Si usted cree que su PHI tiene información incorrecta o incompleta, usted puede solicitar que se haga una enmienda a nuestra información. Usted puede solicitar que nosotros enmendemos su solicitud al llenar una forma titulada "Corrección de Información Médica/Forma de Enmienda" ("Health Record Correction/Amendment Form.") Esta forma está disponible en la oficina de beneficios del Distrito Escolar Independiente de Irving

En ciertos casos, podríamos negar su solicitud de enmienda. Por ejemplo, podríamos negar su solicitud si la información que usted solicita enmendar no es administrada por nuestras oficinas si no que por otra entidad. Si nosotros negáramos su solicitud, usted tiene derecho de someter una declaración de desacuerdo con nosotros. Su declaración de desacuerdo será adjuntada a la información en disputa y todas las futuras divulgaciones de esta información en disputa incluirán su declaración.

- **Derecho de una Contabilidad**

Usted tiene el derecho de una contabilidad de cierta distribución de su PHI que fueran hechas por razones diferentes a las de tratamiento médico, pagos u operaciones de cuidados médico. No se requiere ninguna contabilidad por las divulgaciones relacionadas con cualquier autorización escrita sometida por usted o por su representante personal. Usted debe saber que la mayoría de las divulgaciones de su PHI serán por propósitos de pagos u operaciones de cuidados médicos, y por lo tanto, no estarán sujetas a su derecho de una contabilidad. Además, existen otras excepciones para este derecho.

Una contabilidad incluirá las fechas en que las divulgaciones fueron hechas, a quien fueron hechas, una descripción breve de la información proporcionada, y el propósito de esta divulgación.

Usted podrá solicitar una contabilidad al llenar la forma titulada "Solicitud de Contabilidad de Información Médica Protegida" ("Request for Accounting of Protected Health Information Disclosures.") Esta forma está disponible en la oficina de beneficios del Distrito Escolar Independiente de Irving

Su solicitud deberá ser por divulgación de información y deberá ser hecha hasta por seis (6) años antes de la fecha de su solicitud, pero no debe ser hecha por divulgaciones hechas antes del 14 de abril 2003. La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Para obtener listas adicionales, estaríamos cobrando el costo de proporcionarle la lista. Nosotros le informaremos del costo involucrado y usted puede decidir modificar o cancelar su petición en el tiempo antes de que se incurra cualquier gasto.

- **Derecho de una Copia Escrita de Este Aviso**

Usted tiene derecho a una copia escrita de este Aviso, aunque usted haya convenido en recibir una copia de este Aviso por medio electrónico.

Quejas

Usted puede quejarse con nosotros en caso de que crea que nosotros hayamos violado sus derechos de privacidad. Usted puede someter una queja por escrito a la siguiente dirección:

Oficinas de Beneficios del Distrito Escolar Independiente de Irving
P.O. Box 152637
Irving, TX 75015-2637
972-215-5417

Ademas, usted puede someter una queja a la Secretaría del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos Estadounidense. Las quejas sometidas directamente con la Secretaría deben: (1) ser por escrito; (2) contener el nombre de la entidad contra la cual la queja es hecha; (3) describir los problemas relevantes; y (4) ser sometida 180 días antes del tiempo que usted se dio o debería haberse dado cuenta del problema. Las quejas hechas a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos deberán ser enviadas por escrito a la siguiente dirección:

Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos Estadounidense
(U.S. Department of Health and Human Services)
200 Independence Ave. S.W.
Washington, D.C. 20201

No castigaremos o de cualquier otra forma tomaremos represalias contra cualquier persona que someta una queja en contra de nosotros con la Secretaría o con nosotros.