

# Notificación de Prácticas de Privacidad

Su Información. Sus Derechos.  
Nuestras Responsabilidades.

En esta notificación, se describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Léala atentamente.



**AcariaHealth**<sup>™</sup>  
Specialty Pharmacy

**Foundation Care**<sup>™</sup>  
An AcariaHealth Solution

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad (“Notificación”) cubre una Entidad Cubierta Afiliada (“ACE”). Cuando esta Notificación hace referencia a la Farmacia de Especialidades ACE, se refiere a AcariaHealth, Inc. (“AcariaHealth”), cada una de las siguientes subsidiarias y afiliadas de AcariaHealth: AcariaHealth Pharmacy, Inc., AcariaHealth Pharmacy #11, Inc., AcariaHealth Pharmacy #12, Inc., AcariaHealth Pharmacy #13, Inc., AcariaHealth Pharmacy #14, Inc., AcariaHealth Pharmacy #26, Inc., Foundation Care, LLC., y HomeScripts.com, LLC.

## Sus Derechos

### **Usted tiene derecho a lo siguiente:**

- > Obtener una copia de su historia clínica en formato electrónico o en papel.
- > Corregir su historia clínica en papel o en formato electrónico.
- > Solicitar comunicación confidencial.
- > Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- > Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información.
- > Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- > Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- > Presentar un reclamo si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad.

## Sus Opciones

### **Usted tiene algunas opciones en cuanto a la forma en que utilizamos y compartimos la información, ya que podemos hacer lo siguiente:**

- > Informar a familiares y amigos sobre su enfermedad.
- > Prestar ayuda en caso de desastres.
- > Incluirlo en un directorio del hospital.
- > Proporcionar cuidados de salud mental.
- > Comercializar nuestros servicios y vender su información.
- > Recaudar fondos.

## Nuestra Responsabilidad

### **Podemos utilizar y compartir su información para lo siguiente:**

- > Tratarlo.
- > Dirigir nuestra organización.
- > Facturar sus servicios.
- > Ayudar en cuestiones de salud pública y de seguridad.
- > Realizar investigaciones.

# SUS DERECHOS

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

- > **Obtener una copia en papel o en formato electrónico de su historia clínica**
  - > Puede solicitar ver u obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historia clínica y de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - > Le facilitaremos una copia o un resumen de su información de salud, normalmente dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en los costos.
- > **Pedirnos que corrijamos su historia clínica**
  - > Puede pedirnos que corrijamos la información sobre su salud que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - > Podemos denegar su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- > **Solicitar comunicaciones confidenciales**
  - > Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma concreta (por ejemplo, a su teléfono particular o de la oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
  - > Aceptaremos todas las solicitudes razonables.
- > **Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**
  - > Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su petición, y podemos negarnos si ello pudiera afectar a su asistencia médica.
  - > Si paga un servicio o un artículo médico íntegramente de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica a efectos de pago o de nuestras operaciones. Aceptaremos su petición, a menos que alguna ley nos obligue a compartir esa información.
- > **Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información**
  - > Puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos).
- > **Obtener una copia de esta notificación de privacidad**
  - > Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si aceptó recibirla por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel sin demora.

- > **Elegir a alguien que actúe en su nombre**
  - > Si ha otorgado un poder legal médico a alguien o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
  - > Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
- > **Presentar un reclamo si cree que se vulneran sus derechos**
  - > Si cree que hemos vulnerado sus derechos, puede presentar un reclamo comunicándose con nosotros.
  - > Para presentar un reclamo ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services, envíe una carta al 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 1-877-696-6775 o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
  - > No tomaremos represalias contra usted por presentar un reclamo.

## SUS OPCIONES

**En el caso de cierta información de salud, puede indicarnos qué opciones elige sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.**

- > **En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que hagamos lo siguiente:**
  - > Compartir información con su familia, amigos íntimos u otras personas implicadas en su cuidado.
  - > Compartir información en casos de desastres. *Si no puede decirnos lo que prefiere (por ejemplo, si está inconsciente), podemos proceder a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario a fin de reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*
- > **En estos casos, nunca compartiremos su información, a menos que nos dé permiso por escrito:**
  - > Con fines de mercadeo
  - > Venta de su información
  - > Divulgación de la mayoría de las notas de psicoterapia
  - > Divulgación de otro tipo de información de salud delicada según lo exijan las leyes estatales
- > **En el caso de recaudación de fondos:**
  - > Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no volvamos a contactarlo.

# NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

**¿Cómo utilizamos o compartimos normalmente su información de salud? Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.**

- > **Tratarlo**
  - > Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. *Ejemplo: Un farmacéutico de AcariaHealth Inc. podría comentar la información sobre su receta con su médico para garantizar un tratamiento adecuado.*
- > **Dirigir nuestra organización**
  - > Podemos utilizar y compartir su información de salud para gestionar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. *Ejemplo: Utilizamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.*
- > **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento**
  - > Podemos usar y divulgar su información personal de salud (PHI) a fin de recordarle una cita para su tratamiento y atención médica con nosotros, o bien proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían ser de su interés.
- > **Facturar sus servicios**
  - > Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades. *Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.*

## ¿DE QUÉ OTRAS FORMAS PODEMOS UTILIZAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD?

**Se nos permite o exige que compartamos su información de otras formas, normalmente para contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines.**

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

- > **Información Relacionada con su Atención**
  - > Podemos divulgar su PHI para comunicarnos con usted sobre las opciones de tratamiento que son relevantes en su caso. *Por ejemplo,*

*podríamos comunicarnos con usted para informarle sobre recetas caducadas y medicamentos Y tratamientos alternativos. Podemos utilizar y divulgar su PHI a profesionales de la salud u otros terceros para proporcionar, coordinar y administrar la prestación de su atención médica. Por ejemplo, su farmacéutico podría revelar su PHI a su proveedor de atención médica y a otro personal de atención médica para coordinar la expedición y entrega de sus medicamentos.*

- También podemos enviarle recordatorios de tratamiento e información sobre posibles efectos secundarios, interacciones de los medicamentos, productos retirados del mercado y otras cuestiones relacionadas con su tratamiento.
- **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos**
  - Podemos compartir su información de salud con organizaciones de donación de órganos.
- **Ayudar en cuestiones de salud pública y seguridad**

Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, por ejemplo:

  - Para prevenir enfermedades
  - Para ayudar a retirar productos del mercado
  - Para informar sobre reacciones adversas a medicamentos
  - Para denunciar sospechas de malos tratos, negligencia o violencia doméstica
  - Para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
- **Realizar investigaciones**
  - Podemos utilizar o compartir sus datos con fines de investigación médica.
- **Cumplir con la ley**
  - Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.
- **Responder a demandas y acciones legales**
  - Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.
- **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**
  - Podemos compartir información de salud con un médico forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando fallece una persona.
- **Atender solicitudes de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.**

Podemos utilizar o compartir su información de salud para lo siguiente:

  - Reclamaciones de compensación para trabajadores
  - El cumplimiento de la ley o con un funcionario de la ley
  - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley

- > Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

## NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- > Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- > Le informaremos de inmediato si se produce una filtración que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- > Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en esta notificación.
- > Debemos proporcionarle una copia de esta notificación.
- > No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita en este documento, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Notifíquenos por escrito si cambia de opinión.

## CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA NOTIFICACIÓN

**Estamos obligados a cumplir las condiciones de la presente notificación. Podemos cambiar los términos de esta notificación y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará disponible a petición, por correo y en nuestro sitio web.**

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O INFORMAR ACERCA DE UN PROBLEMA

**Puede comunicarse con la Oficina de Privacidad llamando al:  
Teléfono**

**855.422.2742 ext. 8091291**

**Correo electrónico**

**[ACA\\_Privacy@AcariaHealth.com](mailto:ACA_Privacy@AcariaHealth.com)**

**Correo postal**

**AcariaHealth**

**Attn: Privacy Office**

**8517 South Park Circle, Suite 200**

**Orlando, FL 32819**



8517 Southpark Circle, Suite 200  
Orlando, FL 32819  
800.511.5144  
AcariaHealth.com