

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD -- VISION TO LEARN**

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED SE PODRÁ USAR Y DIVULGAR Y CÓMO USTED PODRÁ OBTENER ACCESO A TAL INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CON ATENCIÓN. Como el representante legal / padre de familia de un paciente menor, al leer este aviso, favor de entender que el término “usted” representa al paciente menor. *Vision To Learn* (“VTL” por sus siglas en inglés) provee servicios de optometría a usted y al hacerlo, podrá actuar como una Entidad Cubierta por propósitos de conformidad con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (“HIPAA” por sus siglas en inglés). VTL, sus empleados y miembros de la fuerza laboral que se involucran en proveer y coordinar el cuidado de la salud están todos obligados a seguir los términos del presente Aviso de Prácticas de Privacidad (“Aviso”).

La forma más común en que VTL usará su información es para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- **Tratamiento.** Su información personal de salud se podrá usar y divulgar para proveer tratamiento y otros servicios para usted—por ejemplo, para hablar sobre y tratar su lesión o enfermedad o condición con otros proveedores.
- **Pago.** Su información personal de salud se podrá usar y divulgar para obtener pago para servicios provistos para usted—por ejemplo, divulgaciones para solicitar y obtener el pago de su asegurador. Podemos enviar una factura a usted o a un pagador tercero, como un asegurador médico.
- **Operaciones de atención médica.** Su información personal de salud se podrá usar y divulgar para operaciones de atención médica. Por ejemplo, información personal de salud se podrá usar para evaluar la calidad de los optometristas. Además, información personal de salud se podrá compartir con asociados de negocio quienes realizan tratamiento, pagos y servicios de operaciones de atención médica por parte de VTL.

Para cierta información, usted podrá decirnos su elección sobre lo que compartimos. Si no podrá decirnos su preferencia porque está inconsciente, puede ser que sigamos a compartir su información si creemos que sería para su beneficio. También podemos compartir cuando se necesite para reducir una amenaza grave y inminente a la salud y seguridad. Si usted tiene una preferencia clara para cómo compartimos en las situaciones descritas a continuación, favor de avisarnos.

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en hacer un pago.
- Compartir información en una situación de ayuda para catástrofes.
- Contactarle a usted para esfuerzos de recaudación de fondos.
- Nunca mercadearemos ni vendemos su información personal.

Se nos permite u obliga compartir su información personal de salud en maneras que contribuyen al bien público, tales como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de ley antes de poder compartir su información para estos propósitos.

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

- Ayudar con cuestiones de salud pública tales como prevenir enfermedades o reportar abusos
- Investigación médica
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un examinador médico o funeral
  - Responder a solicitudes de orden público y otras del gobierno
  - Responder a demandas y acciones legales
  - Realizar alcances, inscripciones, coordinación de cuidado y manejo de casos

- Apelar una decisión de Medicaid
- Compartir con nuestros contratistas y agentes quienes ayudan a administrar nuestro programa
- Cumplir con leyes especiales en la medida que sean más estrictas que este Aviso

### **Nuestras responsabilidades:**

- Se nos obliga la ley mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le avisaremos de manera oportuna si ocurre una violación que puede haber afectado la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en el presente aviso y darle a usted una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de maneras ajenas a las que se detallan aquí al menos que usted nos dé autorización por escrito. Si usted nos da autorización, usted podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Favor de avisarnos por escrito si cambia de opinión. Para más información ver:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Sus derechos:**

- Usted podrá pedir que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago u nuestras operaciones, pero no estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si afectaría su atención médica.
- Usted tiene el derecho de solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y solicitudes al seguro médico y otra información de salud dentro de 30 días de la solicitud. Contacte a Dra. Amanda Hikin a [amanda@visiontolearn.org](mailto:amanda@visiontolearn.org) para obtener una copia de sus registros.
- Usted tiene el derecho de pedir que corrijamos sus solicitudes al seguro médico y sus registros. Podemos decir que “no” pero debemos avisarle de la razón por escrito dentro de 60 días.
- Usted puede solicitar comunicación confidencial o que le contactemos de forma específica.
- Usted puede pedirnos una lista de las veces que compartimos su información de salud dentro de los seis años previos, una por año sin costo.
- Usted puede solicitar una copia física de este aviso en cualquier momento.
- Usted puede elegir a alguien para actuar en su nombre y tomar decisiones acerca de su información de salud.

**Cambios a los términos de este Aviso:** Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso será disponible bajo petición, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia. Fecha de entrada en vigor: 24 de junio de 2022.

**Para más información o reclamos.** Si usted desea más información sobre sus derechos de privacidad, si está preocupado de que sus derechos a la privacidad hayan sido violados o si está en desacuerdo con alguna decisión sobre el acceso a su información personal de salud, puede contactar a la Optometrista de Administración Nacional de Vision To Learn, Dra. Amanda Hikin, a [amanda@visiontolearn.org](mailto:amanda@visiontolearn.org). Usted puede presentar un reclamo con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) por carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por llamar a 1-877-696-6775 o por visitar a [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). *Vision To Learn* no tomará represalias contra usted si usted presenta una queja.

### **VISION TO LEARN – CONTACTO PARA CALIFORNIA**

**Uzi Granados, Gerente de programa**  
[uzi@visiontolearn.org](mailto:uzi@visiontolearn.org), (323) 274-4162