

GIANT FOOD STORES
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003
(Revisado el 21 de abril de 2005)

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD SOBRE SU PERSONA
PODRÁ USARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA
INFORMACIÓN.
POR FAVOR EXAMINE ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.**

Desde hace mucho tiempo, Giant Food Stores y nuestras afiliadas estamos firmemente dedicados a proteger la privacidad de nuestros clientes. Este Aviso describe las protecciones de la privacidad implementadas para nuestros servicios relacionados con la farmacia. En todo este Aviso usamos el término “Farmacia” para referirnos a los componentes de cuidado de la salud de Giant Food Stores y Martin’s Food Stores, los que incluyen Giant Pharmacy y Martin’s Pharmacy. Cuando visite o reciba servicios por parte de una de estas instalaciones de Farmacia, usted podrá esperar que se proteja la privacidad de su información de salud de la manera descrita en este Aviso.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud, que le suministremos este Aviso detallado de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud y que cumplamos con los términos del Aviso en vigencia actualmente.

I. USOS Y DIVULGACIONES PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD

La Regla Federal de Privacidad permite los usos y divulgaciones de información de salud para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud y éstos quedan autorizados por el registro de firmas que usted firma en las farmacias. A continuación se indican varias maneras de las que podemos usar o divulgar su Información de Salud Protegida (“PHI” por su nombre en inglés) para estos propósitos.

Para tratamiento. Usaremos y divulgaremos su PHI para suministrarle servicios de Farmacia y podremos divulgar información a otros proveedores involucrados en su cuidado. Por ejemplo, nuestros asociados de Farmacia usarán su información de salud para expenderle a usted medicamentos de venta con receta médica de conformidad con las órdenes de su proveedor. Podremos comunicarnos con su proveedor para hablar sobre su receta, posibles interacciones medicamentosas u otras inquietudes.

Para pago. Podremos usar y divulgar su PHI para nuestros fines de facturación y pagos o para los requerimientos de facturación y pagos de otro proveedor de servicios de cuidado de la salud. Podremos divulgar su información de salud a su representante, a una compañía de seguros o cuidado administrado, Medicare, Medicaid, a un tercero pagador o a otra entidad de cuidado de la salud. Por ejemplo, podremos comunicarnos con su plan de salud para confirmar su cobertura para ciertos medicamentos de venta con receta médica o para informarnos sobre el monto de su pago complementario.

Para operaciones de cuidado de la salud. Podremos usar y divulgar su PHI de la manera necesaria para nuestras operaciones de cuidado de la salud, como administración, evaluación de personal, educación y capacitación. Por ejemplo, podremos usar y divulgar su PHI para examinar la calidad de nuestros servicios.

Recordatorios relacionados con sus medicamentos. Podremos usar o divulgar su PHI para recordarle que sus recetas médicas están listas para recogerse en la Farmacia o que es hora de volver a preparar su receta médica.

Alternativas de tratamiento y servicios y beneficios relacionados con la salud. Podremos usar o divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento y servicios y beneficios relacionados

con la salud que puedan ser de interés para usted. Sin embargo, no venderemos listas de clientes de las farmacias u otra PHI a terceros para fines de mercadeo.

II. USOS ESPECÍFICOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

A continuación se indican varias maneras de las que podremos usar o divulgar su PHI.

Al paciente o a su representante personal para su propio uso. Si así se solicita, divulgaremos su PHI a usted o a su representante personal (una persona autorizada por ley para actuar en nombre suyo en lo relacionado con asuntos del cuidado de la salud).

Individuos involucrados en su cuidado o en el pago de su cuidado. A menos que usted tenga una objeción, podremos divulgar PHI sobre su persona a un familiar, amigo personal cercano o a otra persona involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado, o podremos divulgar PHI para notificar a un familiar sobre su condición general o el lugar donde usted se encuentra. A menos que un familiar tenga la autoridad de actuar en nombre suyo, solamente divulgaremos información pertinente a la participación de ese familiar en el cuidado de usted.

Según lo exija la ley. Podremos usar o divulgar su PHI cuando la ley nos exija que lo hagamos.

Actividades de vigilancia de la salud para evitar descuidos, omisiones y errores médicos. Podremos divulgar su PHI a una agencia encargada de actividades de vigilancia de la salud, como el Consejo de Farmacia (*Board of Pharmacy*), para actividades autorizadas o requeridas por ley, como en el caso de auditorías, investigaciones e inspecciones, o para actividades que involucren vigilancia gubernamental del sistema de cuidado de la salud.

Asociados comerciales. Podremos divulgar su información de salud protegida a un contratista o proveedor de servicios (a los que se conoce como “asociados comerciales”) que necesite la información para prestar servicios para la Farmacia y que se comprometa a proteger la confidencialidad de esta información.

III. DIVULGACIONES AUTORIZADAS DE SU INFORMACIÓN DE SALUD.

Además de las divulgaciones antes descritas, podremos hacer las siguientes divulgaciones, estando éstas sujetas a las condiciones y limitaciones dispuestas en las leyes estatales y federales. Nota: bajo ciertas circunstancias, las leyes podrán exigir las divulgaciones que se indican a continuación y, por lo tanto, también estarán cubiertas bajo la Sección II anterior.

Actividades de salud pública. Podremos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública a cargo de, por ejemplo, la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades.

Reporte de víctimas de maltrato, descuido o violencia doméstica. Si en nuestra opinión usted ha sido víctima de maltrato, descuido o violencia doméstica, podremos usar y divulgar su PHI para notificar a una autoridad gubernamental, si la ley nos autoriza hacerlo o si usted está de acuerdo con el reporte.

Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad. Cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria para su salud o seguridad o para la salud o seguridad del público u otra persona, podremos usar o divulgar su PHI, limitando las divulgaciones a alguien que pueda ayudar a disminuir o evitar el daño que se amenaza.

Procedimientos judiciales y administrativos. Podremos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial. También podremos divulgar información en respuesta a una citación o comparendo, solicitud de descubrimiento u otros procedimientos lícitos; se deberá hacer lo posible por comunicarse con usted con respecto a la solicitud o por obtener una orden o acuerdo que proteja la información.

Cumplimiento de la ley. Podremos divulgar su PHI para ciertos fines de cumplimiento de la ley, los que incluyen, por ejemplo, para el cumplimiento de requerimientos de reporte; para cumplir con una orden

judicial, mandato o proceso legal similar; o para responder a ciertas solicitudes de información pertinentes a crímenes.

Investigación. Podremos usar o divulgar su PHI para fines de investigación, si los aspectos de privacidad de la investigación han sido objeto de examen y aprobación, si el investigador está compilando información para la preparación de una propuesta de investigación, si la investigación ocurre después de su muerte o si usted autoriza el uso o divulgación.

Médicos forenses, inspectores médicos, directores de funerarias, organizaciones de suministro de órganos. Podremos divulgar su PHI a un médico forense, inspector médico y director de funeraria o, si usted es un donante de órganos, a una organización involucrada en la donación de órganos y tejidos.

Ayuda para casos de desastres. Podremos divulgar PHI limitada sobre su persona a una organización de ayuda para casos de desastres.

Miembros de las fuerzas armadas, veteranos y otras funciones gubernamentales específicas. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podremos usar y divulgar su PHI de la manera exigida por las autoridades militares. Podremos divulgar información de salud para fines de seguridad nacional o según sea necesario para la protección del Presidente de los Estados Unidos de América o ciertos otros oficiales o para llevar a cabo ciertas investigaciones especiales.

Compensación legal por accidentes de trabajo. Podremos usar o divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación legal por accidentes de trabajo o programas similares.

Prisioneros/personas bajo custodia de un oficial de la ley. Si usted se encuentra bajo custodia de un oficial de la ley o una institución penal, podremos divulgar su PHI a la institución o al oficial para ciertos fines, los que incluyen la salud y seguridad de su persona y de otras personas.

IV. USOS Y DIVULGACIONES CON SU AUTORIZACIÓN

Excepto de la manera descrita en este Aviso, usaremos y divulgaremos su información de salud solamente con la previa Autorización suya por escrito. Usted podrá revocar una Autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca una Autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud para los fines cubiertos por esa Autorización, excepto cuando ya hayamos tomado medidas en base a dicha Autorización.

V. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD.

A continuación se presentan sus derechos con respecto a la información sobre su salud. Cada uno de estos derechos está sujeto a ciertos requerimientos, limitaciones y excepciones. El ejercicio de estos derechos puede requerir la presentación de una solicitud a la Farmacia por escrito. A solicitud suya, la Farmacia le suministrará la solicitud apropiada para que la complete. Usted tiene el derecho de:

Solicitar restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones pertinentes a nuestro uso o divulgación de su información de salud para fines de operaciones del cuidado de la salud, pago o tratamiento. Usted también tiene el derecho de solicitar restricciones en la información de salud que divulguemos sobre su persona a un familiar, amigo u otra persona involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado.

No tenemos la obligación de aceptar la restricción que usted solicite (excepto que, si usted es mentalmente competente, podrá limitar las divulgaciones a familiares o amigos). Si decidimos aceptar la restricción que usted está solicitando, cumpliremos con su solicitud, excepto en la medida necesaria para suministrar tratamiento de emergencia o de conformidad con las leyes estatales y federales.

Acceso a información personal sobre la salud. Usted tiene el derecho de examinar y obtener una copia de sus registros y expedientes clínicos y sobre facturación o cualquier otra información que pueda usarse para tomar decisiones sobre su cuidado, estando esto sujeto a ciertas excepciones: Su solicitud deberá

hacerse por escrito. En la mayoría de los casos podremos cobrar una tarifa razonable para cubrir nuestros costos de copiado y envío postal de la información que usted ha solicitado.

Podremos rechazar su solicitud de examinar o recibir copias bajo ciertas circunstancias. Si se le niega acceso a información de salud, en algunos casos usted tendrá el derecho de solicitar una revisión del rechazo. Esta revisión podría realizarla un profesional del cuidado de la salud autorizado que no haya participado en la decisión de rechazar la solicitud.

- **Nota: las solicitudes de copias de su receta para sus archivos, por ejemplo para fines de presentación de declaraciones tributarias, realizadas en la Farmacia no se consideran solicitudes formales de acceso y la Farmacia se hace cargo de ellas directamente. Si usted desea ejercer su derecho de acceso a su PHI, deberá pedirle al farmacéutico un formulario especial titulado “Solicitud de acceso de HIPAA” (“HIPAA Request for Access”).**

Solicitar una enmienda. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de la información de salud sobre su persona mantenida por la Farmacia mientras la Farmacia mantenga la información o la información se mantenga para la Farmacia. Su solicitud deberá hacerse por escrito y deberá indicar la razón de la enmienda solicitada.

Podremos rechazar su solicitud de enmienda si la información (a) no fue creada por la Farmacia, a menos que el autor de la información ya no esté disponible para realizar la enmienda; (b) no es parte de la información de salud que la Farmacia mantiene; (c) no es parte de la información a la que usted tiene derecho de acceso; o (d) es correcta y está completa, según determinación de la Farmacia.

Si rechazamos su solicitud de enmienda, le entregaremos un rechazo por escrito que incluirá las razones del rechazo y el derecho de presentar una declaración por escrito en desacuerdo con el rechazo.

- **Nota: las solicitudes simples presentadas en la Farmacia, como cambio de su domicilio o información de seguro, no se consideran solicitudes formales de enmienda y la Farmacia se hace cargo de ellas directamente. Si usted desea ejercer su derecho de solicitar enmiendas de su PHI, deberá pedirle al farmacéutico un formulario especial titulado “Solicitud de enmienda de HIPAA” (“HIPAA Request for Amendment”).**

Solicitar una lista de divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una “lista” de ciertas divulgaciones de su información de salud. Ésta es una lista de las divulgaciones realizadas por la Farmacia o por otros en nombre suyo, pero no incluye las divulgaciones para casos de tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de la salud, divulgaciones realizadas de conformidad con su Autorización y ciertas otras excepciones.

Para solicitar una lista de divulgaciones, deberá solicitar al farmacéutico un formulario especial “Solicitud de lista de HIPAA” (“HIPAA Request for Accounting”), indicando un período de tiempo que comience después del 13 de abril de 2003 que no podrá exceder los seis años de la fecha de su solicitud, e indicando las ubicaciones de todas las farmacias para las que está solicitando una lista. La primera lista que se le suministre en un período de 12 meses será gratis; en el caso de solicitudes adicionales, podremos cobrarle nuestros costos.

Solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted en lo referente a sus asuntos relacionados con la salud de una cierta manera. Complaceremos sus solicitudes razonables.

- **Nota: las solicitudes simples realizadas en la Farmacia, como el llamar a un paciente a un lugar alternativo cuando una receta está lista, no se consideran solicitudes formales de comunicaciones confidenciales y la Farmacia se hace cargo de ellas directamente. Si usted desea ejercer su derecho de solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos, deberá pedirle al farmacéutico un formulario especial titulado “Solicitud de comunicaciones confidenciales de HIPAA” (“HIPAA Request for Confidential Communications”).**

Solicitar una copia impresa de este aviso. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este Aviso, incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente. Podrá solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento. **Además, podrá obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web, www.giantpa.com.**

VI. PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL O PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted tiene alguna pregunta sobre este Aviso o si desea información adicional sobre sus derechos de privacidad, sírvase comunicarse con el representante de privacidad de Farmacia llamando al (717) 240-1506.

Si piensa que se han violado sus derechos de privacidad, podrá presentar una queja por escrito ante la Farmacia o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja.

Para presentar una queja ante la Farmacia, podrá solicitar un formulario para quejas de HIPAA ("*HIPAA Complaint Form*") en su almacén o podrá comunicarse con el representante de privacidad antes mencionado.

VII. CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso y de hacer que las disposiciones del Aviso revisado o nuevo entren en vigor para toda la información de salud que la Farmacia ya haya recibido y mantenido, así como para toda la información de salud que recibamos en el futuro. Suministraremos una copia del Aviso revisado cuando así se solicite.

DIVULGACIONES PERMITIDAS O PROHÍBIDAS EN CIERTOS ESTADOS

Giant Food Stores operan farmacias en varios estados y cumplen con las leyes aplicables de cada estado. Esta página indica algunas de las disposiciones generales de las leyes en los estados en los que operamos. Estas leyes contienen ciertas condiciones y están sujetas a cambio e interpretación. Por lo general, todos los estados permiten usos y divulgaciones de conformidad con las Secciones I, II y IV de nuestro Aviso. Ciertas divulgaciones indicadas en la Sección III podrán estar limitadas por las leyes del estado, dependiendo de las circunstancias y de la interpretación dada a las leyes del estado. En ciertos estados usted podría también tener protecciones adicionales para ciertas categorías de información especialmente protegidas. La aplicabilidad e interpretación de estas leyes estatales variarán dependiendo de la ley en particular y las circunstancias involucradas.

VIH: Pennsylvania y West Virginia

No podemos divulgar cierta información confidencial sobre un individuo relacionada con el VIH o el SIDA, excepto con la autorización del individuo por escrito o cuando las leyes estatales o federales lo autoricen o requieran.

Salud mental: Maryland y West Virginia

No podemos divulgar cierta información confidencial relacionada con un individuo que está obteniendo o ha obtenido tratamiento para una enfermedad mental, excepto con la autorización del individuo por escrito o cuando las leyes estatales o federales lo autoricen o requieran.

Abuso de sustancias: Pennsylvania

No podemos divulgar cierta información confidencial relacionada con un individuo que está obteniendo o ha obtenido tratamiento para el abuso o dependencia de drogas o alcohol, excepto con la autorización del individuo por escrito o cuando las leyes estatales o federales lo autoricen o requieran.

Declaración de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Si usted no firmó como acuse de recibo de este Aviso en la farmacia, por favor complete la sección que se incluye a continuación, desglose esta porción y devuélvala a la farmacia donde obtuvo su receta:

Al firmar a continuación, declaro haber recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Giant Pharmacy:

Nombre del cliente

Firma

Fecha

Nombre de la farmacia / dirección

Número de receta

Si la firma es del representante personal del paciente, por favor escriba su nombre en letra de imprenta y describa su relación con el cliente u otra autoridad para hacer esto:

Escriba su nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente