

**HANNAFORD SUPERMARKETS
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
PARA FARMACIAS**

**Fecha original de entrada en vigor: abril 14, 2003
Actualizado: septiembre 1º, 2010; septiembre 1º, 2013; agosto 1º, 2021**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO
USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.**

En Hannaford Bros. Co., LLC tenemos un firme y duradero compromiso de proteger la privacidad de nuestros clientes. Este Aviso describe las medidas de protección de la privacidad existentes en Hannaford Pharmacies para nuestros servicios relacionados con la farmacia.. Cada vez que usted visite o reciba servicios de una de nuestras Farmacias, puede esperar que la privacidad de su información médica se proteja como se describe en este Aviso.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica, a proporcionarle este Aviso detallado de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica, y a cumplir con los términos del Aviso que está actualmente vigente. También estamos obligados a notificarle si es afectado por una violación de la información médica protegida (protected health information, PHI) no sujeta a medidas de seguridad. Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/notic pepp.html. No utilizaremos ni divulgaremos su información salvo por los motivos indicados en este documento.

I. USOS Y DIVULGACIONES PARA TRATAMIENTOS, PAGOS Y OPERACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD

Los usos y divulgaciones de información médica para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud están autorizados por la Ley de Privacidad federal y por el registro de firmas que usted firma en las farmacias. A continuación se enumeran varias formas en las que podemos usar o divulgar su información médica protegida para estos fines.

Para tratamientos. Utilizaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindarle servicios de Farmacia y podremos divulgar la información a otros proveedores relacionados con su cuidado. Por ejemplo, nuestros farmacéuticos asociados usarán su información médica protegida para dispensar los medicamentos que le han sido recetados de acuerdo con las instrucciones de su proveedor. Podremos ponernos en contacto con su proveedor para discutir su receta, las posibles interacciones entre medicamentos u otras inquietudes.

Para pagos. Podremos utilizar y divulgar su información médica protegida para nuestros fines de facturación y pago o para las necesidades de facturación y pago de otro proveedor de servicios de cuidado de la salud. Podremos revelar su información médica protegida a su representante, a una compañía de seguros o de cuidado controlado, a Medicare, a 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 copago.

Para operaciones de cuidado de la salud. Podremos usar y divulgar su información médica protegida según sea necesario para nuestras operaciones de cuidado de la salud, tales como la administración, evaluación, educación y capacitación del personal. Por ejemplo, podremos usar y divulgar su información médica protegida para examinar y mejorar la calidad de nuestros servicios.

Recordatorios de recetas. Podremos usar o divulgar su información médica protegida para proporcionarle "avisos de resurtido" para recordarle que sus medicamentos están listos para ser retirados en la Farmacia o que es hora de volver a surtir su receta.

Alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podremos usar o divulgar su información médica protegida para informarle sobre alternativas de tratamiento y servicios y beneficios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted. No venderemos las listas de clientes de las farmacias u otra información médica protegida a terceros para fines de mercadeo.

II. USOS Y DIVULGACIONES ESPECÍFICOS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

A continuación se listan varias formas en las que podemos usar o divulgar su información médica protegida.

Al paciente o a su representante personal para su uso propio. Cuando se solicite, divulgaremos su información médica protegida de salud a usted o a su representante personal (una persona autorizada por la ley para actuar en su nombre en lo relacionado con asuntos de cuidado de la salud).

Personas involucradas en el cuidado que se brinda a usted o en el pago de ese cuidado. A menos que usted nos proporcione una objeción por escrito, podremos divulgar su información médica protegida a un familiar, amigo personal cercano o a otra

persona involucrada en el cuidado que se brinda a usted o en el pago de ese cuidado, o podremos divulgar su información médica protegida para notificar a un familiar la condición general de usted, o el lugar donde usted se encuentra. A menos que un familiar tenga la autoridad legal de actuar en nombre de usted, solamente divulgaremos la información relevante para la participación de ese familiar en el cuidado de la salud de usted o en el pago de ese cuidado.

Según lo exija la ley. Podremos usar o divulgar su información médica protegida cuando la ley nos exija que lo hagamos.

Actividades de vigilancia de la salud. Podremos divulgar su información médica protegida a una agencia encargada de actividades de vigilancia de la salud, tal como el Consejo de Farmacia, para actividades autorizadas o requeridas por la ley, como en el caso de auditorías, investigaciones e inspecciones, o para actividades relacionadas con la vigilancia gubernamental del sistema de cuidado de la salud.

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

III. DIVULGACIONES AUTORIZADAS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED

Además de las divulgaciones antes descritas, podremos hacer las divulgaciones que siguen, sujeto a las condiciones y limitaciones dispuestas en las leyes estatales y federales. Nota: en algunas circunstancias, las leyes pueden exigir las divulgaciones que se indican a continuación y, por lo tanto, también están cubiertas en la Sección II anterior.

Actividades de salud pública. Podremos divulgar su información médica protegida 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, podemos usar y divulgar su información médica protegida para notificar a una autoridad gubernamental, si la ley nos autoriza o nos obliga a hacerlo.

Para prevenir una seria amenaza 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 información médica protegida, limitando las divulgaciones a quienes puedan ayudar a disminuir o evitar el daño que amenaza. Por ejemplo, podemos revelar información médica protegida para ayudar a retiradas de productos o informar reacciones adversas a medicamentos.

Para realizar investigación. En ciertas circunstancias, podemos usar o compartir la información de usted para propósitos de investigación, en tanto se sigan los procedimientos que exige la ley para proteger la privacidad de los datos de investigación.

Procesos judiciales y administrativos. Podremos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden administrativa o judicial. También podremos divulgar su información médica protegida en respuesta a una citación judicial, solicitud de presentación de pruebas u otro procedimiento legal si recibimos evidencia de que la parte que solicita la información ha hecho lo posible para (i) notificarle sobre la solicitud, darle la oportunidad de realizar una objeción, o (ii) obtener una orden de protección calificada.

Cumplimiento de la ley. Podremos divulgar su información médica protegida para ciertos fines de cumplimiento de la ley, los que incluyen, por ejemplo, el cumplimiento de los requisitos de información; para cumplir con una orden judicial, mandato o proceso legal similar; o para responder a ciertas solicitudes de información pertinentes a delitos.

Médicos forenses, médicos legistas, directores de funerarias, organizaciones de obtención de órganos. En caso de su fallecimiento, podemos divulgar su información médica protegida de salud a un médico forense, médico legista 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 información médica protegida 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 información médica protegida de la manera exigida por las autoridades militares. Podremos divulgar información médica protegida para fines de la seguridad nacional o según sea necesario para la protección del Presidente de los Estados Unidos de América o ciertos otros funcionarios o para llevar a cabo determinadas investigaciones especiales.

Compensación de los trabajadores. Podremos usar o divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación legal por accidentes de trabajo o programas similares.

Prisioneros/personas bajo custodia de las fuerzas del orden. Si usted se encuentra bajo custodia de un agente del orden público o una institución penal, podremos divulgar su información médica protegida a la institución o al agente para ciertos fines, los que incluyen la salud y seguridad de su persona y de otras personas.

Informantes. Si un empleado o asociado comercial cree de buena fe que hemos incurrido en una conducta ilegal o que por lo demás infringe los estándares profesionales o clínicos, esa persona puede divulgar la información médica protegida de usted a un abogado o a una autoridad de salud pública cuando comparta sus preocupaciones con ese abogado o la autoridad de salud pública.

Cumplimiento y aplicación de la HIPAA. Podemos divulgar la información médica protegida de usted al Secretario del HHS para fines de cumplimiento y aplicación de las reglas de la HIPAA.

IV. USOS Y DIVULGACIONES CON LA AUTORIZACIÓN DE USTED

Excepto de la manera que se describe en este Aviso, Hannaford no tiene la intención de utilizar o divulgar la información médica protegida de usted.

Si hubiera la intención de utilizar o divulgar la información médica protegida de usted para otros propósitos, se requeriría la autorización de usted para ciertos usos o divulgaciones, y usted podría revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Dicha autorización no está incluida en su ejecución de un acuse de recibo de este Aviso. En ningún caso divulgaremos la información de usted para fines de mercadotecnia, ni venderemos su información, salvo que usted nos autorice por escrito.

Una vez divulgada la información médica de usted de acuerdo con su autorización, es posible que ya no se apliquen las protecciones de la HIPAA a la información médica divulgada, y el destinatario puede volver a divulgar dicha información sin el conocimiento o la autorización de usted o de nosotros.

V. LOS DERECHOS DE USTED CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

A continuación se presentan los derechos de usted con respecto a su información médica protegida. Cada uno de estos derechos está sujeto a ciertos requisitos, limitaciones y excepciones. El ejercicio de estos derechos puede requerir la presentación de una solicitud por escrito a la Farmacia. Cuando usted lo solicite, la Farmacia le suministrará el formulario apropiado para que lo complete. Usted tiene el derecho de:

Solicitar restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones a nuestro uso o divulgación de su información médica protegida para operaciones del cuidado de la salud, pago o tratamiento. Usted también tiene el derecho de solicitar restricciones sobre la información médica protegida que divulgamos acerca de su persona a un familiar, amigo u otra persona involucrada en el cuidado que se brinda a usted o en el pago de ese cuidado. Su solicitud deberá hacerse por escrito. Le notificaremos por escrito si aceptamos su solicitud.

No tenemos la obligación de aceptar la restricción que usted solicite (con la excepción de que si usted es mentalmente competente, puede 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 proporcionarle tratamiento de emergencia o de conformidad con las leyes estatales y federales. Sin embargo, si usted pagó por completo de su bolsillo una receta médica y no quiere que divulguemos a su plan de salud información médica protegida relativa a dicha receta a los efectos de pagos u operaciones de atención médica, debemos cumplir con su solicitud.

Acceso a información médica personal. Usted tiene el derecho de examinar y obtener una copia de la información médica protegida relativa a su persona, que pueda usarse para tomar decisiones que lo involucren (esto se denomina “conjunto designado de registros”) mientras mantengamos su información médica protegida en nuestro poder. El conjunto designado de registros suele incluir registros de prescripciones y de facturación, y cualquier otra información presentada por escrito que pueda usarse para tomar decisiones sobre su cuidado, estando lo anterior sujeto a ciertas excepciones. Su solicitud deberá hacerse por escrito. En general, tenemos la obligación de brindarle acceso a su registro de salud en un plazo de treinta (30) días a partir del momento en que recibamos su solicitud. Para poder examinar o realizar copias de su información médica protegida, deberá enviar su solicitud por escrito al Representante de Privacidad de la HIPAA a la dirección que se indica a continuación, y llenar el formulario de autorización correspondiente. En la mayoría de los casos podríamos cobrar una tarifa razonable para cubrir nuestros costos de fotocopiado y envío postal de la información que usted haya solicitado, según la ley aplicable.

En la medida en que solicite registros que no se encuentren en nuestro poder, le informaremos por escrito quién posee dichos registros, si es que contamos con esa información.

Podríamos rechazar por escrito su solicitud de examinar o recibir copias bajo ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica protegida, puede solicitar que se revise dicha negativa presentando una solicitud por escrito ante el Representante de Privacidad de HIPAA a la dirección que se indica a continuación. La revisión será realizada por un profesional de la salud autorizado que no haya participado en la decisión de rechazar la solicitud.

En la medida en que mantengamos un registro electrónico de salud con respecto a su información médica protegida, usted también tiene el derecho de recibir dicha información médica protegida electrónica en la forma y el formato electrónicos que usted requiera

si es que esto puede realizarse fácilmente o, en caso contrario, en una forma y un formato electrónicos legibles que se definan de mutuo acuerdo, y de indicarnos que transmitamos una copia electrónica directamente a una tercera parte designada por usted. Podríamos cobrar una tarifa razonable, de conformidad con las leyes aplicables, para cubrir los costos del fotocopiado, la transmisión y/o el envío de la información médica protegida que usted solicite.

- **Nota: las solicitudes realizadas en la Farmacia de copias de sus registros de prescripciones, por ejemplo para fines de presentación de impuestos, 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 información médica protegida, debe pedir al farmacéutico un formulario especial titulado "Solicitud de acceso de HIPAA"**

Solicitar una enmienda. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de su información médica protegida 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 médica protegida mantenida por o para la Farmacia (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 una denegación por escrito que incluirá las razones del rechazo, y el derecho de presentar una declaración por escrito en la que manifieste su desacuerdo con la denegación.

- **Nota: las solicitudes simples presentadas en la Farmacia, tales como el cambio de su domicilio o de la 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 a su información médica protegida, debe pedir al farmacéutico un formulario especial titulado "Solicitud de enmienda de HIPAA".**

Solicitar una relación de divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una "relación" de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. Esta es una lista de las divulgaciones realizadas por la Farmacia o por otros en nuestro nombre, pero no incluye las divulgaciones para casos de tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de la salud, divulgaciones realizadas de conformidad con su Autorización, y ciertas otras excepciones.

Para solicitar una relación de divulgaciones, deberá pedir al farmacéutico un formulario especial "Solicitud de relación de HIPAA", en el que indique un periodo que esté dentro de seis años desde la fecha de su solicitud, y liste la ubicación de todas las farmacias para las cuales esté solicitando una relación. La primera relación que se le suministre en un período de 12 meses será gratuita; 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 de salud de una cierta manera. Satisfaremos sus solicitudes razonables.

- **Nota: las solicitudes simples realizadas en la Farmacia, tales como 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 pedir al farmacéutico un formulario especial titulado "Solicitud de comunicaciones confidenciales de HIPAA".**

Solicitar que alguien actúe en su nombre. Si usted ha otorgado un poder médico a otra persona o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones con relación a la información médica de usted. Nos aseguraremos de que dicha persona tenga estas facultades y pueda actuar en representación de usted antes de emprender cualquier acción.

Solicitar una copia impresa de este Aviso. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este Aviso, incluso si ha aceptado recibirlo por medios electrónicos. Usted puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento. **Además, puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web, www.hannaford.com, y en nuestra aplicación de farmacia.**

VI. PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL O PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, o si desea obtener más información con respecto a sus derechos de privacidad establecidos en la HIPAA, por favor comuníquese con el Funcionario de Privacidad de la HIPAA, al llamar al 207-885-3091, P.O. Box 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 o privacy@retailbusinessservices.com. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante la Farmacia o ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja.

Para presentar una queja ante la Farmacia, puede solicitar un Formulario para Quejas de HIPAA en su establecimiento, o póngase en contacto con el Funcionario de Privacidad antes mencionado. Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, envíe su queja por escrito por correo a la Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, o por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov EE.UU. o electrónicamente en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf.

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 médica protegida que la Farmacia ya haya recibido y mantenido, así como para toda la que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso revisado en nuestro sitio web, www.hannaford.com, en nuestra aplicación, y en las farmacias Hannaford.

VIII. LEY ESTATAL MÁS ESTRICTA

Si en su estado hay una ley o reglamento más estricto que la regla de privacidad de la HIPAA, se nos exige que la sigamos. Si desea obtener más información acerca de las protecciones que brinda la ley estatal en su estado, por favor póngase en contacto con el Funcionario de Privacidad de la HIPAA al llamar al 207-885-3091, P.O. Box 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 o privacy@retailbusinessservices.com.

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Si usted no firmó un acuse de recibo de este aviso en la farmacia, por favor complete la sección que aparece a continuación, desprenda esta porción, y devuélvala a la farmacia en la cual obtuvo su prescripción:

Al firmar a continuación, acuso recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Hannaford Pharmacy:

_____ Nombre del cliente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre de la farmacia/dirección	_____ Número de prescripción	

Si firma el representante personal del paciente, por favor escriba su nombre y describa su parentesco o relación el cliente u otra autoridad para actuar:

_____ Nombre en letra de imprenta	_____ Parentesco o relación con el paciente
--------------------------------------	--