



Aviso de prácticas de privacidad Salud de Estudiante de Aetna

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a los planes de beneficios de salud asegurados de Aetna. No se aplica a ningún plan autofinanciado por una escuela.

Por estos medios se describe cómo la información médica que tenemos sobre usted podría ser usada y revelada y cómo usted puede tener acceso a dicha información.

Por favor estudie esta información detalladamente.

La Salud de Estudiante de Aetna¹ considera que la información personal tiene que ser tratada confidencialmente. Nosotros protegemos la privacidad de dicha información de conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad, así como por medio de nuestras propias políticas de privacidad.

Este aviso describe como pudiéramos usar y revelar la información que tenemos sobre usted para la administración de sus beneficios y explica sus derechos legales con respecto a ésta información.

Cuando usamos el término “información personal”, queremos decir información que lo identifica a usted como individuo, como su nombre o el número de su Seguro Social (Social Security Number), así como información financiera o sobre la salud y otra información sobre usted que no es para conocimiento público, la cual obtenemos con el fin de proporcionarle cobertura de seguro. Con “información sobre la salud”, queremos decir información que lo identifica a usted y que está relacionada con su historial médico (por ejemplo, la atención médica que usted recibe o las sumas pagadas por dicha atención médica).

Este aviso entró en vigencia el **1 de octubre de 2025**.

Como la Salud de Estudiante de Aetna usa y revela la información personal

Para proporcionarle cobertura de seguro, necesitamos información personal sobre usted, y obtenemos tal información de diferentes fuentes, en particular de su escuela o del Centro Médico del Estudiante, de otros aseguradores, de planes HMO o de administradores terceros y de proveedores de atención médica. Cuando sea necesario para la administración de sus beneficios, podríamos usar y revelar la información personal que tenemos sobre usted de varias maneras, incluyendo:

Diligencias de la atención médica: Podríamos usar y revelar información personal durante el curso de nuestro negocio de planes de atención médica, es decir, al realizar las diligencias tales como para evaluar y mejorar la calidad; para el proceso de acreditación realizado por organizaciones independientes; para evaluar el funcionamiento y los resultados obtenidos; para servicios de investigación médica; para servicios médicos preventivos, la administración de casos y para la coordinación de la atención médica. Por ejemplo, nuestros enfermeros encargados de casos pueden usar y revelar la información personal relacionada con sus actividades de administración de casos con respecto a ciertos tratamientos o condiciones. Entre las otras actividades para las cuales es necesario usar y revelar información personal se incluyen el proceso para asegurar y clasificar; las diligencias para la detección e investigación de fraude; la administración de programas farmacéuticos y el pago de los mismos (cuando corresponde); para la transferencia de pólizas o contratos de un plan de salud a otro; para facilitar la venta, transferencia, fusión o consolidación de toda o parte de la Salud de Estudiante de Aetna con otra entidad (incluyendo los trámites necesarios para ejecutar dicha actividad); y para otras actividades administrativas generales, incluyendo la administración de nuestros sistemas de datos e información y al brindar servicios a los clientes.

¹* Los planes de seguro de salud para estudiantes con seguro total están asegurados por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Aetna Student HealthSM es la marca de servicios y productos brindados por Aetna Life Insurance Company (Aetna) y sus afiliadas correspondientes (Aetna). For purposes of this notice, “Aetna” and the pronouns “we,” “us” and “our” refer to all of the HMO and licensed insurer subsidiaries of Aetna Inc. These entities have been designated as a single affiliated covered entity for federal privacy purposes. The members of the Aetna ACE can share Protected Health Information (PHI) with each other. We do this for the treatment, payment and health care operations of the Aetna ACE and as allowed by HIPAA and this Notice. For a full list of the members of the Aetna ACE, contact the Aetna Privacy Office at PrivacyAetna@aetna.com.

Pagos: Para facilitar el pago de los servicios cubiertos que le fueron prestados, podríamos usar y revelar información personal de varias maneras: para asesorar el uso y la necesidad médica de los servicios o suministros; para coordinar la atención médica; para determinar si la persona es elegible; para determinar si se observan los términos del listado de medicamentos; para cobrar las primas; para calcular las cantidades por las cuales se va a compartir el costo; para responder a quejas, apelaciones y solicitudes de una revisión externa. Por ejemplo, podríamos usar su historial médico y otra información relativa a su salud para determinar si un tratamiento en particular es médicamente necesario y lo que se va a pagar por él; y durante ese proceso, podríamos revelar información al proveedor que le prestó dicho tratamiento. También podríamos enviar por correo los formularios que proporcionan una Explicación de Beneficios así como otro tipo de información a la dirección que obra en nuestros archivos para el suscriptor (por ejemplo, la persona asegurada primariamente). Además, el suscriptor y todos los dependientes cubiertos tienen acceso a información sobre los reclamos de beneficios por Internet a través del sitio de la salud **Aetna Navigator**[®].

Tratamientos: Podríamos revelar información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y a otros proveedores médicos que le atienden. Por ejemplo, los médicos podrían pedirnos información médica para completar la información que ellos tienen sobre usted. Nosotros también podríamos enviar cierto tipo de información a los médicos para la seguridad del paciente o por otras razones relacionadas con el tratamiento al cual un paciente se somete.

Revelaciones a otras entidades cubiertas: Podríamos revelar información personal a otras entidades cubiertas, o a los socios de negocios de dichas entidades en cuanto a tratamientos, pagos y diligencias relativas a los planes de salud. Por ejemplo, podemos revelar información personal a otros planes de salud (por ejemplo, si está cubierto como dependiente bajo el plan de uno de sus padres), si así fue dispuesto, para que ciertos gastos sean reembolsados.

Otras razones para revelar información

Podemos usar y/o divulgar su información personal cuando le proveamos alternativas a su tratamiento o recordatorios de tratamientos u otros servicios o beneficios relacionados a la salud. También podríamos revelar dicha información para:

- **Administración del plan:** a su escuela, cuando se nos haya informado que el texto apropiado ha sido incluido en los documentos de su plan.
- **Investigaciones:** a los investigadores, siempre y cuando se tomen medidas para proteger su privacidad.
- **Empresas asociadas:** a personas, incluyendo los centros médicos del estudiante, que nos prestan sus servicios y que nos han garantizado que protegerán la información.
- **Reguladores de la industria:** a los departamentos estatales de seguros, al Departamento de Trabajo de los EE.UU. y a otras agencias gubernamentales que regulan nuestro negocio.
- **Indemnización a trabajadores:** para cumplir con las leyes de indemnización a trabajadores.
- **Hacer cumplir la ley:** a los oficiales federales, estatales y locales encargados de hacer cumplir la ley.
- **Procedimientos legales:** para cumplir con una sentencia judicial o con otro proceso legal.
- **Bienestar Público:** para tratar asuntos de interés público de conformidad con lo exigido o permitido por ley (por ejemplo abuso y negligencia de niños, amenazas a la salud y seguridad pública y para la seguridad nacional).
- **Según lo requiere la ley:** para cumplir con las obligaciones y requisitos legales.
- **Difuntos:** a un forense o examinador médico a fin de identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte o según lo autorice la ley; y a directores fúnebres según sea necesario para que lleven a cabo sus tareas.
- **Obtención de órganos:** para responder a grupos de donación de órganos a fin de facilitar donaciones y trasplantes.

Divulgaciones obligatorias: Tenemos la **obligación** de usar y divulgar su información personal de la siguiente manera:

- a usted o una persona con el derecho legal a actuar en su nombre (su representante personal) a fin de administrar sus derechos tal como se describe en esta notificación;
- al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, según sea necesario, para el cumplimiento y la aplicación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA).

Revelación de información a otras personas que toman parte en su atención médica

Podríamos revelar información médica sobre usted a un Centro Médico del Estudiante, a un pariente, a un amigo, al subscriptor de su plan de beneficios médicos, o a cualquier otra persona que usted identifique, si la información está directamente relacionada con la participación de dicha persona en su atención médica o en el pago de los gastos contraídos. Por ejemplo, si un familiar o un centro médico del estudiante o un departamento de la escuela proporcionando una función de servicio para nosotros, u otro que está encargado de atenderlo nos llama porque tiene conocimiento previo de un reclamo, nosotros podríamos confirmar si recibimos o pagamos dicho reclamo. Usted tiene derecho a suspender o limitar este tipo de revelación y puede ejercer este derecho llamando a Servicios al Cliente al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

Si usted es menor de edad también podría tener derecho a impedir que sus padres tengan acceso a información sobre su salud, bajo ciertas circunstancias, si fuera permitido por ley estatal. Puede comunicarse con nosotros llamando a Servicios al Cliente al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación; o pida a su proveedor que se comunique con nosotros.

Usos y revelaciones de información que requiere su autorización por escrito

En todos los casos, a menos que se trate de aquellos descritos anteriormente, nosotros pediremos su autorización por escrito antes de usar o revelar información personal sobre usted. Por ejemplo, obtendremos su autorización en los siguientes casos:

- para fines de mercadeo que no estén relacionados con su(s) plan(es) de beneficios;
- antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia;
- en cuestiones relacionadas con la venta de su información de salud; y
- por otros motivos, según lo exigido por ley.

Si nos ha dado su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento, si no hemos puesto ya en práctica su autorización. Si tiene preguntas con respecto a las autorizaciones, por favor llame a Servicios al Cliente al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

El destinatario podrá volver a divulgar la PHI publicada según la HIPAA y ya no estará protegida por la HIPAA.

Restricciones de uso y divulgación adicionales

Algunas leyes estatales y federales pueden exigir protecciones especiales de la privacidad, incluidos determinados requisitos para obtener declaraciones de los solicitantes, que limiten el uso y la divulgación de determinada información sensible de salud. Dichas leyes pueden proteger información relacionada con lo siguiente:

- Trastornos por abuso de sustancias o alcohol
- Información biométrica
- Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
- Enfermedades contagiosas
- Información genética
- VIH/SIDA
- Salud mental
- Menores
- Salud reproductiva
- Enfermedades de transmisión sexual

Seguiremos la ley que sea más estricta (o más protectora de su PHI), cuando nos sea aplicable. Si desea obtener más información sobre las restricciones adicionales de uso o divulgación que pueden aplicarse a su PHI confidencial, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Aetna® a PrivacyAetna@aetna.com.

Información sobre trastornos por consumo de sustancias

No somos un programa de tratamiento de trastornos por uso de sustancias. Es posible que recibamos o conservemos información sobre usted que provenga de un programa de trastornos por consumo de sustancias. Si un programa de trastornos por consumo de sustancias nos proporciona esta información mediante un consentimiento del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2, incluido un consentimiento para usos y divulgaciones futuras con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, usaremos o compartiremos esa información de acuerdo tanto con el consentimiento como con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA). En situaciones limitadas en las que podamos divulgar esta información sin su permiso, como en emergencias médicas y auditorías gubernamentales, seguiremos la ley que sea más protectora de su información. No usaremos ni compartiremos esta información en ningún caso legal en su contra, a menos que:

1. Usted nos otorgue su consentimiento por escrito, o
2. Un tribunal nos la ordene mediante una citación u otro requisito legal. Usted o Aetna también deberán ser notificados y tener la oportunidad de ser escuchados.

Sus derechos legales

Los reglamentos federales con respecto a la privacidad de la información personal le otorgan varios derechos relacionados con su información médica.

- Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada manera o en un lugar en particular. Por ejemplo, si está cubierto como adulto dependiente, puede solicitarnos que le enviemos la información de salud (p. ej., la *Explicación de beneficios* (EOB) y otro tipo de información sobre los reclamos) a una dirección diferente de la del solicitante. Tendremos en cuenta las solicitudes razonables.
- Usted tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que usamos o revelamos la información sobre su salud en conexión con el funcionamiento de los planes de atención médica, los pagos y tratamientos. Nosotros tomaremos estas solicitudes en consideración, pero también pudiéramos rechazar dichas solicitudes. También tiene derecho a pedirnos que limitemos la revelación de información a las personas encargadas de su atención médica.
- Usted tiene derecho a solicitar que obtengamos una copia de la información médica que se encuentra en un “archivo designado”; esto es el historial médico y otros expedientes actualizados que se usan para tomar decisiones relacionadas con la inscripción, los pagos, la adjudicación de reclamos, la administración de la atención médica y con otras decisiones. Nosotros podríamos pedirle que presente su solicitud por escrito, podríamos cobrarle una suma razonable por producir las copias y enviárselas por correo y, en ciertos casos, podríamos negar la solicitud.
- Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos la información médica contenida en un “archivo designado”. Tendrá que presentar su solicitud por escrito y en la misma explicar la razón para dicha solicitud. Si denegamos su solicitud, usted podrá presentar una declaración por escrito expresando su desacuerdo.
- Usted tiene derecho a solicitar que le proporcionemos una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho sobre usted, tales como las revelaciones de información médica que hemos proporcionado a las agencias gubernamentales que nos otorgan nuestra licencia. Tendrá que presentar la solicitud por escrito. Si usted solicita este tipo de lista más de una vez durante un período de 12 meses, podríamos cobrarle una suma razonable.
- Usted tiene derecho a ser notificado después de una violación en relación con su información de salud.
- Usted tiene derecho a conocer los motivos de una evaluación de riesgo desfavorable. Las evaluaciones de riesgo desfavorables anteriores no pueden utilizarse para fundar las evaluaciones de riesgo futuras, a menos que realicemos una evaluación independiente de la información básica. Su información genética no puede utilizarse con fines de evaluación de riesgos.
- Usted tiene derecho, salvo contadas excepciones, a no estar sujeto a entrevistas fraudulentas.²

Usted podría hacer cualquier solicitud descrita anteriormente, solicitar una copia de este aviso o hacer preguntas sobre este aviso llamando a Servicios al Cliente al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

Si en su opinión, sus derechos de privacidad han sido violados, usted también tiene derecho a presentar una queja. Para ello, envíe un correo electrónico a PrivacyAetna@aetna.com o envíe una carta a la siguiente dirección:

HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Fax: (859) 280-1272

Para detener el envío en papel de su *Explicación de beneficios* y otra información sobre reclamos, visite Aetna.com. Haga clic en "Iniciar sesión/Registrarse". Siga las instrucciones para registrarse por única vez. Luego, podrá iniciar sesión en cualquier momento para consultar la *Explicación de beneficios* y otra información sobre reclamos.

También puede escribir al Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los EE. UU. No se le impondrá penalidad alguna por presentar una queja.

Obligaciones legales de la Salud de Estudiante de Aetna

Los reglamentos federales de privacidad nos exigen que conservemos su información personal de forma confidencial, que le notifiquemos de nuestras obligaciones legales y sobre nuestras prácticas de privacidad, y que cumplamos con los términos del aviso actualmente en vigor.

Protección de su información

Nosotros protegemos su información con medidas preventivas administrativas, técnicas y físicas para evitar el acceso no autorizado y las amenazas y riesgos que afectan a su seguridad e integridad. Cumplimos con todas las leyes estatales y federales aplicables relativas a la seguridad y confidencialidad de información personal.

Este aviso está sujeto a cambios

Nosotros podríamos cambiar los términos de este aviso y nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Si así lo hacemos, los nuevos términos y políticas se aplicarán a toda la información personal que conservamos en nuestro poder, así como a la que podríamos recibir o conservar en el futuro.

Por favor tenga en cuenta que nosotros no destruimos la información personal que tenemos sobre usted cuando usted cancela su cobertura con nosotros. Podría ser necesario usar y revelar ésta información de conformidad a lo descrito anteriormente aun cuando su cobertura haya expirado, aunque habrá políticas y procedimientos que seguirán en vigor para proteger contra el uso o revelación de información impropio.

² Nosotros no realizamos entrevistas fraudulentas.