

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD****DS 5856A (Rev. 08/2017)**

Página 1 de 6

---

*Nombre del Establecimiento***ESTE AVISO BRINDA UNA DESCRIPCIÓN ACERCA DE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE SU PERSONA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE LA INFORMACIÓN CON DETENIMIENTO**

**INFORMACIÓN GENERAL:** El objetivo de este aviso es el de brindarle información sobre las prácticas de privacidad de este Establecimiento. Las personas que reciben tratamiento médico y servicios de rehabilitación en este Establecimiento deben saber que este Establecimiento utiliza, comparte y mantiene en archivo información de la salud a los fines de proporcionar servicios y tratamiento. *Entre los ejemplos* de su información de salud se encuentran los siguientes: lista de diagnósticos, historial médico y social, exámenes físicos, consultas médicas, y evaluaciones por especialistas como por ejemplo en psicología/del comportamiento, cardiología, neurología, urología, etc.; informes de diagnóstico tales como radiografías e informes de laboratorio; registros médicos; evaluaciones físicas, ocupacionales y de terapias recreacionales, notas sobre el progreso por parte de médicos, personal de enfermería y otros integrantes del equipo profesional; evaluaciones educacionales y/o vocacionales; y otros análisis, evaluaciones, o consultas que pueden ser consideradas necesarias por su equipo de tratamiento. La utilización y divulgación no descritas en el aviso solo serán hechas únicamente con una autorización otorgada por una persona para tales fines.

**A. ¿Cuáles Son Sus Derechos de Privacidad según la Ley?**

Por ley usted tiene derecho a:

- Revisar/acceder y obtener una copia de su registro de salud, incluidas una copia manual o electrónica. El establecimiento se reserva el derecho a determinar si entregar una copia electrónica o manual según lo estipulado. Si se solicita una copia electrónica, le preguntaremos si quiere la información con encriptación o sin encriptación.

No estamos obligados a permitir el acceso a lo siguiente:

- ▷ Notas de psicoterapia.
- ▷ Información compilada para uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativa; es decir; casos judiciales.
- ▷ Registros sujetos a la Ley Federal de Privacidad.
- ▷ Información obtenida de parte de alguien bajo promesa de confidencialidad, si se otorga el acceso es probable que se divulgue la fuente. Información que nosotros determinemos pueda ser causante de un daño a usted o a otra persona.

---

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD***Información Confidencial del Cliente**CFR, Título 45, Artículo 164.506 y Código de Bienestar e Instituciones,  
Artículo 4514*

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD****DS 5856A (Rev. 08/2017)**

Página 2 de 6

- Solicitar una enmienda a su información de salud aunque el establecimiento no tenga que cambiar su documentación y puede incluir su enmienda o no después de la revisión.
- Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información provistos por el Código de Regulaciones Federal. La restricción puede ser dada por terminada por escrito o de modo oral y luego documentada en el registro. Si paga servicios en su totalidad y de bolsillo, puede solicitar la restricción de la información de salud personal que es proporcionada a su plan de salud.
- Solicitar una lista de personas u organizaciones con quien hemos compartido su información. La primera copia solicitada en el transcurso de un año se le proporcionará sin costo. Le cobraremos un cargo por servicio por todas las copias adicionales solicitadas dentro del mismo transcurso de un año.
- Recibir una copia en papel o electrónica de este **Aviso de Prácticas de Privacidad**.
- Solicitar que su información no sea compartida con una persona u organización específicas a las que de otra se le permitiría el tratamiento, pago, u operaciones de atención médica, o a otras personas que tengan una relación personal con usted que están directamente involucrados a su cuidado, o al pago relacionado con su cuidado.
- Pídanos que lo contactemos, por teléfono, una comunicación por escrito, o de otra forma; o en otro lugar que no sea su casa, como por ejemplo enviarle información a su apartado postal en lugar de a su domicilio. Se obtendrá una solicitud por escrito. Si se solicita un correo electrónico, necesitaremos que firme un consentimiento para usar su correo electrónico ya sea que tenga o no encriptación.
- Durante el tiempo que recibe servicios del Establecimiento, podemos contactarnos con usted para proporcionarle:
  - ▷ Avisos de citas/reuniones.
  - ▷ Información acerca de alternativas a los tratamientos.
  - ▷ Información acerca de otros servicios o beneficios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

**B. En Qué Momento Este Establecimiento Puede Utilizar y Compartir Su Información de Salud Sin Su Autorización**

Este Establecimiento debe obedecer las leyes que disponen cómo utilizamos y compartimos su información, como por ejemplo su nombre, dirección, hechos personales, la atención médica que ha recibido y sus registros médicos.

Estas son las razones por las que la información puede ser utilizada y compartida con otros.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD***Información Confidencial del Cliente**CFR, Título 45, Artículo 164.506 y Código de Bienestar e Instituciones,  
Artículo 4514*

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD****DS 5856A (Rev. 08/2017)**

Página 3 de 6

**• Tratamiento**

Compartiremos su información protegida de salud:

- ▷ Para elaborar un tratamiento y/o programa de habilitación sobre evaluaciones médicas, evaluaciones, o estudios de diagnóstico por el equipo/consultores del Establecimiento.
- ▷ Con los proveedores de cuidados de la salud u hospitales donde puede ser referido para otro tratamiento médico que no pueda ser completado en este Establecimiento.

**• Pago**

Su información protegida de salud se utilizará, según sea necesario, para obtener el cobro de los servicios de atención médica que usted ha recibido. Esto puede incluir ciertas actividades:

- ▷ Para decidir su elegibilidad para Medi-Cal, Medicare, u otros programas de beneficios de salud.
- ▷ Para encontrar formas de pagar los cuidados de salud.

**• Operaciones de Cuidados de Salud**

Podemos utilizar o compartir su información protegida de salud con el objeto de:

- ▷ Llevar a cabo actividades comerciales, como fuente para encuestas y para informar a las agencias de revisión estatales, federales y otras.
- ▷ Capacitar estudiantes o pasantes..

**C. Circunstancias en las que Este Establecimiento Puede Utilizar y Compartir Su Información de Salud Cuando Tiene la Oportunidad de Dar o No Su Consentimiento**

Usted puede dar o no su consentimiento antes de que compartamos su información:

- Con otros involucrados en su atención médica: Utilizar y compartir su información de salud con alguien directamente involucrado en sus cuidados como por ejemplo; un miembro de su núcleo familiar, un familiar, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted pueda determinar.
- Para Ayuda en Caso de Desastres: Utilizar y compartir su información de salud con una agencia pública o privada autorizada para brindar asistencia en los esfuerzos de ayuda en caso de un desastre.
- En Emergencias: Utilizar y compartir su información de salud en una emergencia, en cuyo caso solicitaremos su consentimiento tan pronto como sea posible.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD***Información Confidencial del Cliente**CFR, Título 45, Artículo 164.506 y Código de Bienestar e Instituciones,  
Artículo 4514*

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD****DS 5856A (Rev. 08/2017)**

Página 4 de 6

**D. Otras Razones Por Las Que Este Establecimiento Puede Utilizar y Compartir Su Información de Salud Sin Su Autorización**

- Según sea requerido por la Secretaria de Salud y Servicios Humanos para garantizar que este Establecimiento obedece las leyes que protegen su información de salud.
- Según sea requerido por ley, como por ejemplo a su centro regional.
- A una agencia de salud pública para actividades relacionadas con la prevención y control de enfermedades, lesiones, o discapacidades.
- A las agencias locales, estatales y federales que supervisan la salud para actividades tales como auditorías, investigaciones.
- A agencias autorizadas para recibir informes de uso indebido, descuido, o violencia doméstica.\*
- A la Administración de Alimentos y Medicamentos para informar reacciones adversas a medicamentos o alimentos, o para informar retiros de productos del mercado.
- Para procedimientos judiciales y administrativos, en respuesta a las órdenes judiciales o en respuesta a citaciones, órdenes de allanamiento, descubrimientos, u otros procesos legales bajo los cuales puede recibir servicios del Establecimiento.\*
- A las fuerzas del orden público para actividades policiales o de fines de seguridad pública.
- A los médicos forenses, directores de funerarias, o para donaciones de órganos y de tejidos.
- Para investigación, cuando sea aprobado por una junta de revisión institucional para garantizar la privacidad de su información protegida de salud.
- Por asuntos de seguridad nacional.

\* Se le notificará, según sea requerido, de todos estos usos y publicaciones de la información.

Cualquier otra divulgación donde se comparta su información que no se encuentre enumerada en este Aviso de Prácticas de Privacidad requiere su autorización escrita. **Puede revocar autorizaciones en cualquier momento, excepto en la medida en que el Establecimiento haya tomado medidas en virtud de su autorización, o si dicha autorización es una condición para obtener la cobertura del seguro.**

En caso de que usted de inicio a una autorización para compartir información específica de salud con un tercero, se puede permitir que esa información sea compartida nuevamente por el tercero y ya no se encuentre protegida por los términos de este aviso.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD***Información Confidencial del Cliente**CFR, Título 45, Artículo 164.506 y Código de Bienestar e Instituciones,  
Artículo 4514*

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD****DS 5856A (Rev. 08/2017)**

Página 5 de 6

**E. Cómo Presentar un Reclamo**

Si cree que su información fue utilizada o compartida en una forma que no está permitida bajo la ley de privacidad o según este Aviso, o si usted no fue capaz de ejercer sus derechos, puede contactar con el Funcionario de Privacidad del Establecimiento. Si presenta un reclamo, no se podrán tomar medidas en contra de su persona y ninguna persona podrá hacer algo que pueda dañarlo de forma alguna.

<b>Nombre del Establecimiento</b>	
<b>Nombre de Contacto</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Número de Teléfono</b>	

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD***Información Confidencial del Cliente**CFR, Título 45, Artículo 164.506 y Código de Bienestar e Instituciones,  
Artículo 4514*

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD****DS 5856A (Rev. 08/2017)**

Página 6 de 6

Además, puede presentar una queja ante el Gobierno de EE. UU. ya sea:

**1) Presentando una queja utilizando el Paquete del formulario de queja de privacidad de la información de salud**

Abriendo y completando el [Paquete del formulario de queja de privacidad de la información de salud](#) en formato PDF. Necesitará el software de Adobe Reader para completar la queja y los formularios de consentimiento. Usted puede ya sea:

- Imprimir y mandar por correo la queja y los formularios de consentimiento completos a:  
Centralized Case Management Operations  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201
- Enviar la queja y los formularios de consentimiento completos por correo electrónico a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)  
*(Tenga en cuenta que la comunicación por correo electrónico no encriptado presenta un riesgo de que algún tercero sin autorización pueda interceptar la información que lo identifique personalmente contenida en dicho correo electrónico)*

**2) Presentando una queja sin utilizar el Paquete de queja de privacidad de la información de salud**

Si lo prefiere, puede presentar una queja por escrito en su propio formato ya sea:

- Imprimiendo y mandando por correo la queja y los formularios de consentimiento completos a:  
Centralized Case Management Operations  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201
- Mandando un correo electrónico a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

La queja debe estar por escrito (ya sea en formato electrónico o en papel) y debe:

- Describir los actos u omisiones que usted piensa que violaron el **Aviso de Prácticas de Privacidad** del Centro de Atención o las regulaciones federales.
- Presentarse en un plazo de 180 días a partir de que usted supo o debió haber sabido de los actos u omisiones que son causa de su queja.

**F. CAMBIOS AL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Este Establecimiento debe obedecer este aviso a partir del 14 de abril de 2003, actualizado en septiembre de 2013 y tiene el derecho de cambiar las Reglas de Privacidad del Establecimiento. A usted se le entregará una copia del **Aviso** revisado, o se le enviará una copia por correo postal al domicilio que se encuentra en registro, antes de la fecha de entrada en vigencia del **Aviso** revisado.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad cumple con los requisitos del Título 45 del Código de Regulaciones Federales, Artículo 164.520. Este aviso incorpora los requisitos del Código de Bienestar e Instituciones de California, Artículos 4514—4518; Ley de Prácticas de la Información de California de 1977; Código Civil, Artículos del 1798 al 1798.82; y Código de Salud y Seguridad, Artículo 130311.5.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD***Información Confidencial del Cliente**CFR, Título 45, Artículo 164.506 y Código de Bienestar e Instituciones,  
Artículo 4514*