

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- **Su Información**
- **Sus Derechos**
- **Nuestras Responsabilidades**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

### Sus Derechos

#### Usted cuenta con los siguientes derechos:

- ✓ Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- ✓ Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- ✓ Solicitar comunicación confidencial.
- ✓ Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- ✓ Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- ✓ Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- ✓ Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- ✓ Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

**Ver página 2 y 3** para más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

### Sus Opciones

#### Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- ✓ Le contamos a su familia y amigos sobre su condición
- ✓ Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- ✓ Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- ✓ Lo incluimos en un sistema de intercambio de información médica (HIE).
- ✓ Proporcionamos atención médica mental.
- ✓ Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- ✓ Recaudamos fondos.

**Ver página 3** para más información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.

### Nuestros usos y divulgaciones

#### Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- ✓ Lo atendemos.
- ✓ Dirigimos nuestra organización.
- ✓ Facturamos por sus servicios.
- ✓ Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- ✓ Realizamos investigaciones médicas.
- ✓ Cumplimos con la ley.
- ✓ Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- ✓ Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- ✓ Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- ✓ Respondemos a demandas y acciones legales.

**Ver páginas 3-6** para más información sobre estos usos y divulgaciones



**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.**

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

<b>Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.</li><li>✓ Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.</li></ul>
<b>Solicitar que corrijamos su historial médico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.</li><li>✓ Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.</li></ul>
<b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por su teléfono móvil o número telefónico de su trabajo) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.</li><li>✓ Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.</li></ul>
<b>Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.</li><li>✓ Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.</li></ul>
<b>Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.</li><li>✓ Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.</li></ul>
<b>Obtener una copia de esta notificación de privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.</li></ul>
<b>Elegir a alguien para que actúe en su nombre</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.</li><li>✓ Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.</li></ul>

*continúa en la próxima página*

## TCHSA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- ✓ Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- ✓ Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- ✓ No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

### Sus Opciones

#### Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

#### En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- ✓ Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- ✓ Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- ✓ Incluyamos su información en un directorio hospitalario.
- ✓ Excluya su información de un sistema de intercambio de información médica (HIE).

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para su propio beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

#### En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- ✓ Propósitos de publicidad
- ✓ Venta de su información.
- ✓ La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

#### En el caso de recaudación de fondos:

- ✓ Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

### Nuestros usos y divulgaciones

#### Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

*continúa en la próxima página*

## TCHSA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

<b>Tratamiento</b>	✓ Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén atendiendo. Este intercambio de información puede realizarse a través de un sistema electrónico de intercambio de información médica (HIE).	<b>Ejemplo:</b> Un médico que lo está atendiendo por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.
<b>Dirigir nuestra organización</b>	✓ Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.	<b>Ejemplo:</b> Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.
<b>Facturar por sus servicios</b>	✓ Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.	<b>Ejemplo:</b> Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

### ¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

<b>Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad</b>	✓ Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como: <ul style="list-style-type: none"><li>• Prevención de enfermedades.</li><li>• Ayuda con el retiro de productos del mercado.</li><li>• Informe de reacciones adversas a los medicamentos.</li><li>• Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.</li><li>• Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.</li></ul>
<b>Realizar investigaciones médicas</b>	✓ Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
<b>Cumplir con la ley</b>	✓ Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
<b>Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>	✓ Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
<b>Trabajar con un médico forense o director funerario</b>	✓ Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

*continúa en la próxima página*

## TCHSA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### Atender las solicitudes de compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- ✓ Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación laboral.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

### Responder a demandas y acciones legales

- ✓ Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## Protecciones específicas para California

**Información confidencial:** Limitamos estrictamente la divulgación de datos confidenciales, incluidos los registros de salud reproductiva, sexual y de salud mental, especialmente a entidades fuera del estado.

**Geolocalización:** No utilizamos tecnología de geolocalización en nuestras instalaciones para rastrear su ubicación ni para publicidad personalizada.

### Excepciones para Servicios de Drogas y Alcohol (SUD):

*Si creamos, recibimos o conservamos registros relacionados con su tratamiento para trastornos por consumo de sustancias en un programa que recibe financiación federal (sujeto a la normativa 42 CFR Parte 2), se aplicarán las siguientes protecciones más estrictas:*

- ✓ *Revelación de información a otros proveedores requiere que un consentimiento de información confidencial sea completado para cada proveedor.*
- ✓ *Sus registros de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias no se utilizarán ni divulgarán en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra sin su consentimiento específico por escrito o una orden judicial.*
- ✓ *La información divulgada conforme a este aviso puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.*

### Excepción para Servicios de Salud Mental:

*En general, información en el archivo de Salud Mental no será liberada al menos que usted o otra persona con capacidad legal haya dado consentimiento para liberar la información o al menos que haiga una orden de corte para la liberación de la información o a menos que haiga una ley específica que requiere la liberación de dicha información.*

*Información dada en confidencia por medio de un familiar del paciente a un doctor, psicólogo licenciado, trabajador social con maestría en trabajo social, terapeuta con licencia en matrimonio y familia, enfermera, o abogado generalmente no se liberará, aunque tengamos consentimiento del cliente.*

*continúa en la próxima página*

## TCHSA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Información de salud mental solo puede ser revelada a autoridades de la ley:

- ✓ Para la protección de oficiales federales y oficiales electivos constitucionales del estado y sus familias (aplica la liberación de información a las autoridades gubernamentales de la ley);
- ✓ Cuando el paciente, en la opinión del psico-terapeuta de el/ella, presente en serio peligro de violencia a una víctima(s) razonablemente previsible; o
- ✓ Cuando un oficial de la ley presente una orden de arresto a un hospital estatal, un hospital general de cuidado grave, hospital psiquiátrico grave, facilidad de salud psiquiátrico, un centro de rehabilitación de salud mental, o facilidad de hogar de ancianos, el oficial de la ley podrá ser informado si el individuo nombrado en la orden de arresto está actualmente recluido en la facilidad. En este caso, el oficial no podrá entrar a la facilidad a arrestar al individuo nombrado en la orden judicial.

### Nuestras responsabilidades

### ¿Qué responsabilidades tiene TCHSA en lo que respecta a su información médica?

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

### Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones:

Esta notificación aplica a toda la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama. Para obtener una lista completa de servicios y programas visite nuestro sitio web al <https://www.tehamacohealthservices.net>.

Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama  
Melissa Field, Oficial de Privacidad  
818 Main Street, Red Bluff, CA 96080

Teléfono: 1-866-528-3259  
Fax: (530) 527-0240  
Correo electrónico: [privacyofficer@tchsa.net](mailto:privacyofficer@tchsa.net)



AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE TEHAMA  
**RECONOCIMIENTO DE RECIBIMIENTO (de que recibió este documento)**

Al firmar esta forma, reconocé que recibió esta Notificación de practicas de privacidad de la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama (TCHSA). Nuestra Notificación de practicas de privacidad provee información acerca de como podemos usar y revelar su información de salud protegida. Le encomiamos que lo lea en su totalidad.

Nuestra Notificación de practicas de privacidad esta sujeto a cambios. Si cambiamos nuestra Notificación, podrá obtener una copia de la Notificación corregida por medio de preguntar a cualquier persona del personal involucrado en su cuidado. Una copia de la Notificación actual de practicas de privacidad esta puesta en la área de recepción en todos los sitios de TCHSA. Una copia de la actual Notificación también esta puesta en nuestra red de Internet:

[www.tehamacohealthservices.net/administration/compliance/](http://www.tehamacohealthservices.net/administration/compliance/)

Si tiene cualquier pregunta acerca de nuestra Notificación de practicas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad puesto en la lista de la primera pagina de esta Notificación.

Yo reconozco haber recibido esta Notificación de practicas de privacidad de la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama.

Nombre del Paciente o Cliente **(Favor de Imprimir)**

Fecha De Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Personal Representativo **(Favor de Imprimir)**

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal Representativo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Incapacidad de Obtener Reconocimiento**

Debe completarse solo si no se obtiene la firma. Si no es posible de obtener el reconocimiento del cliente/paciente o personal representativo, describa en buena fe el esfuerzo hecho para obtener el reconocimiento y la razón por la cual el reconocimiento no fue obtenido: (Use la parte de atrás de esta pagina si necesita más espacio.)

Nombre del Miembro del Personal **(Favor de imprimir)**    Titulo del Miembro del Personal **(Favor de imprimir)**

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro del Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha