



Aviso de Prácticas de Privacidad

SUS DERECHOS

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida. Puede solicitar ver u obtener una copia de los registros de salud y reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacerlo. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo. Sin embargo, según la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil penal, o administrativo, e información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o con fines de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si su médico cree que es en su mejor interés permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no será restringida. Entonces tiene derecho a usar otro profesional de la salud.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, si lo solicita, incluso si ha acordado aceptar este aviso alternativamente (es decir, electrónicamente). Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono o teléfono) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estará en peligro si no lo hacemos.

Usted tiene derecho a que su médico modifique su información médica protegida. Si denegamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si las hubiera, de su información médica protegida. Esto incluye registros del Intercambio de Información de Salud (HIE): Nosotros, junto con otros proveedores de atención médica en el área de Los Ángeles, podemos participar en uno o más Intercambios de Información de Salud (HIE). Un HIE es un sistema de información para toda la comunidad utilizado por los proveedores de atención médica participantes para compartir información de salud sobre usted con fines de tratamiento. Los proveedores de atención médica que participan en el HIE pueden compartir su información de salud electrónicamente. El propósito del HIE es permitir que todos los proveedores de atención



médica en los diferentes centros que participan en su tratamiento tengan toda la información necesaria para tratarlo de manera efectiva, como resultados de laboratorio, diagnóstico previo y medicamentos actuales.

Tiene derecho a obtener una copia de este aviso de privacidad. Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Usted tiene el derecho de elegir a alguien para que actúe en su nombre. Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Quejas: Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

La siguiente es una declaración de sus opciones con respecto a su información médica protegida.

En el caso de cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre
- Contactarlo para recaudar fondos.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: <https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html>

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.

- Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.
- Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización.

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad.

- Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como: prevenir enfermedades, ayudar con el retiro de productos, informar reacciones adversas a medicamentos, informar sospechas de abuso/negligencia/violencia doméstica, prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Investiga.

- Podemos compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley.

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de procuración de órganos. Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir su información de salud:
 - Para reclamos de compensación para trabajadores
 - Con fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
 - Con los organismos de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.



Llevar a cabo la divulgación, la inscripción, la coordinación de la atención y la gestión de casos

- Podemos compartir su información con otros programas de beneficios gubernamentales como Covered California por razones tales como divulgación, inscripción, coordinación de atención y administración de casos.

Cumplir con las leyes especiales

- Existen leyes especiales que protegen algunos tipos de información de salud, como los servicios de salud mental, el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y las pruebas y el tratamiento del VIH/SIDA. Obedeceremos estas leyes cuando sean más estrictas que este aviso.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Póngase en contacto con nosotros para solicitar una copia de este aviso en otros idiomas o para obtener una copia en otro formato, como letra grande o Braille.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2024



Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso entra en vigor a partir del 1 de enero de 2024

Por favor, firme y ponga la fecha a continuación para indicar que ha recibido una copia de este aviso. Su firma simplemente reconoce que recibió una copia de este aviso.

Nombre en letra de imprenta (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Firma

Fecha