



**Public Health**

## **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER ESTA INFORMACIÓN.**

**REVÍSELA CON CUIDADO.**

**EFFECTIVO el 8 de JUNIO 2017**

Su información de salud es personal y privada, y hay que protegerla. Este aviso le informara cómo la ley nos exige y nos permite usar y divulgar su información de salud, referido como "Información de Salud Protegida" o "ISP". También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información de salud protegida.

Información de salud protegida es información acerca de usted, incluyendo información demográfica que razonablemente podría identificarlo, con respecto a su pasado, presente o futura condición de salud física o mental. La información puede también ser relacionada con el pago de su atención médica. La ley de transferencia y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA), regla de privacidad requiere que mantengamos su información médica protegida privada.

Todos en el Departamento de Salud Pública, del Condado de San Bernardino, el personal, voluntarios, internos, contratistas y otras personas que tienen acceso a información de salud seguirán este aviso. Sin embargo, podemos cambiar este aviso cuando la ley o nuestras prácticas cambian. Reservamos el derecho de hacer cambios o revisar el aviso para la información de salud protegida que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. No recibirá automáticamente un nuevo aviso. Si usted desea recibir una copia de cualquier nueva cuenta podrá acceder a nuestro sitio web en [www.sbcounty.gov/dph](http://www.sbcounty.gov/dph) o puede solicitar una copia de cualquier miembro del personal del Departamento de Salud Pública.

## NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

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

**Para Tratamientos:** Podemos usar y compartir su información médica para proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados. El Departamento puede compartir su información médica con médicos, personal médico, consejeros, personal de tratamiento, apoyo y otros profesionales de la salud que participan en su cuidado. También podríamos compartir su información médica con individuos o entidades para su cuidado en el futuro u otras razones de tratamiento, así como en caso de emergencia. Por ejemplo, un médico que lo atiende por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

**Para Pagos:** Podemos usar y compartir su información médica con el propósito de cobrar o recibir pago por el tratamiento y servicios que usted recibe. Por las mismas razones, podríamos revelar su información médica a su fuente de pagos, incluyendo su compañía de seguro o de servicios médicos administrados, Medicare, Medi-Cal u otro tercer pagador. Por ejemplo, podríamos darle a la compañía de su seguro médico información acerca del tratamiento que usted recibió para que nos paguen o reembolsen el costo del tratamiento; o llamarles para confirmar su cobertura o para pedir autorización previa para un posible tratamiento.

**Para Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y compartir su información para ejecutar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario. Esto incluye control de la garantía de calidad y las acciones de mejoramiento, revisión de la competencia y la cualificación de los profesionales del cuidado de la salud, revisión médica, servicios legales, funciones de auditoría y los propósitos generales de administración. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para evaluar nuestros servicios y el desempeño de nuestro personal encargado de su cuidado.

Puede haber algunos servicios proporcionados por nuestros socios de negocios, tales como un servicio de facturación, la compañía discográfica, o consultores jurídicos o contables. Podemos compartir su información médica con nuestros socios de negocios para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Entramos en un contrato por escrito con nuestros socios de negocios que les obliguen a proteger su información.

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)

Lo siguiente describe las diferentes maneras en que podemos usar o divulgar su información médica sin obtener una autorización:

---

<b>Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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></li></ul>
<b>Realizar investigaciones médicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.</li></ul>
<b>Cumplir con la ley</b>	<p>Podemos compartir su información médica:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Como es requerido por las leyes federales, estatales o locales.</li><li>• En respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.</li><li>• En reclamos de compensación de trabajadores.</li><li>• Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.</li><li>• En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.</li><li>• Si nos lo pide la ley por medio de un oficial:<ul style="list-style-type: none"><li>○ para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida.</li><li>○ acerca de una víctima de crimen si bajo ciertas circunstancias limitadas no podemos obtener el consentimiento de la persona.</li><li>○ acerca de una muerte que creamos que fue el resultado de una conducta criminal.</li><li>○ en circunstancias urgentes para reportar un crimen; la localidad del crimen o de las víctimas; o la identidad, descripción o sitio de la persona que cometió el crimen.</li></ul></li></ul>

---

---

<b>Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir información médica con las organizaciones de procuración de órganos.</li><li>• Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.</li></ul>
<b>Llevar a cabo la divulgación, inscripción, coordinación de la atención y manejo de casos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información médica con otros programas de beneficios gubernamentales como Covered California por razones tales como difusión, inscripción, coordinación de la atención y manejo de casos.</li></ul>
<b>Recordatorios de citas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y divulgar su información médica para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o cuidado.</li></ul>
<b>Informar a las personas involucradas en su cuidado o pago de su cuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información médica con un miembro de la familia, un pariente, un amigo, o persona que usted identifica que esté involucrado en su atención médica o el pago siempre y cuando usted está de acuerdo con esto, o que le demos la oportunidad de oponerse y usted no lo hace. Si usted no puede aceptar u objetar, es posible que decidamos que es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional para compartir su información, por ejemplo, si usted está incapacitado o tenemos que divulgar su información médica en caso de emergencia.</li></ul>
<b>Prevenir o reportar abuso y negligencia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos compartir su información médica con un equipo de personas multidisciplinarios relevante para la prevención, la identificación, la gestión o el tratamiento de un niño abusado y los padres del niño, o el abuso de ancianos y el abandono.</li></ul>

---

Protecciones de privacidad adicionales pueden aplicar si estamos usando o compartiendo información de salud, como la información relacionada con el VIH, información sobre la salud mental, las notas de psicoterapia, y la información genética. Por ejemplo, bajo la ley de California, no podemos revelar los resultados de la prueba del VIH sin una autorización por escrito, excepto en circunstancias limitadas. Su información será protegida de acuerdo con el más alto nivel de protección requerido.

Nosotros no creamos o administramos un directorio del hospital.

## SUS DERECHOS

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

<b>Obtenga una copia de sus expedientes médicos y reclamaciones</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 expediente 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>Pídanos que corrijamos su registros de salud y reclamaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta por escrito.</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 solicitarnos por escrito, que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.</li> <li>• Cada solicitud razonable sera considerado, sin preguntarle la razón por su solicitud.</li> </ul>

<b>Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitarnos por escrito 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 solicitarnos 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 por escrito una lista de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud.</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>
<b>Obtenga una copia de los resultados de pruebas completadas directamente de un laboratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted o su representante personal autorizado puede recibir resultados de pruebas de laboratorio de su proveedor de atención médica o puede solicitar su informe de pruebas completadas directamente del laboratorio que realiza el examen.</li> <li>• En la mayoría de los casos, los laboratorios deben proporcionar resultados de la prueba dentro de los 30 días.</li> <li>• Pregunte a su proveedor acerca de cómo obtener directamente los resultados de laboratorio.</li> </ul>

## SUS OPCIONES

**Para cierta 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:**

- Compartir información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en el pago de su cuidado.
- Compartir información en una situación de alivio de desastres.

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

**En el caso de recaudación de fondos:**

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

## NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- Nosotros le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- 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. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.
- Nunca vamos a comercializar o vender su información.

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)

**PREGUNTAS O QUEJAS**

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso o cree que sus derechos (o de otra persona) han sido violados, usted puede ponerse en contacto con nosotros o con el gobierno federal. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja, ni a su derecho a tratamiento adicional o el tratamiento futuro serán afectados.

---

**Para preguntas sobre este aviso o para presentar una queja con el Condado de San Bernardino, Departamento de Salud Pública, comuníquese con:**

San Bernardino County Department of Public Health  
Privacy Officer  
451 E Vanderbilt Way, 4th Floor  
San Bernardino, CA 92408  
Teléfono: (909) 387-6304  
Email: [privacy@dph.sbcounty.gov](mailto:privacy@dph.sbcounty.gov)

---

**Para presentar una queja con el Condado de San Bernardino, comuníquese con:**

San Bernardino County  
HIPAA Complaints Official  
157 West Fifth Street, First Floor  
San Bernardino, CA 92415  
Teléfono: (909) 387-4500  
Email: [HIPAAComplaints@cao.sbcounty.gov](mailto:HIPAAComplaints@cao.sbcounty.gov)

---

**Para presentar una queja con el Gobierno Federal, comuníquese con:**

Region IX  
Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Teléfono: (800) 368-1019  
FAX (415) 437-8329  
TDD (800) 537-7697  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

---