

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y
COMPORTAMIENTO, Y TRATAMIENTO PARA LOS PROBLEMAS DE
ALCOHOL Y DROGAS DEL CONDADO DE SAN BERNARDINO**

ANUNCIO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE ANUNCIO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD OBTENIDA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA, A SÍ MISMO COMO TAMBIÉN PRESENTA INFORMACIÓN DE CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A SU INFORMACIÓN. POR FAVOR RESIVE ESTE ANUNCIO CON MUCHO CUIDADO.

EFFECTIVO EL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2013

La información de su salud es personal y privada, y nosotros debemos protegerla. Este anuncio le informa de los requisitos o permisos que la ley nos otorga para usar o revelar su información protegida de su salud. También le dice a usted que derechos tiene y que tenemos nosotros que hacer para usar y revelar esa información. Todo el personal, empleados, voluntarios, y otros que tengan acceso a la información protegida de salud del cliente deberán cumplir con este anuncio. También incluye otras entidades que forman un Arreglo con la Organización del Cuidado de la Salud (OHCA), una lista de estas entidades se encuentra al final de este anuncio.

Por ley nosotros debemos:

- Mantener su información de salud (también conocida como “Información Protegida de salud” o “PHI”) privadamente.
- Darle a usted información de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad en relación con su información protegida de su salud personal.
- Obedecer los términos del presente anuncio en efecto.
- Notificar inmediatamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Cambios a este Anuncio: Nosotros tenemos derecho a hacer cambios a este anuncio y a aplicar esos cambios a su información protegida de salud personal. Si nosotros hacemos cambios, usted tiene el derecho a recibir una copia escrita de esos cambios. Para obtener una copia, usted puede preguntarle a su proveedor de los servicios o cualquiera de los empleados del departamento de salud mental y comportamiento.

CÓMO LA LEY PERMITE QUE NOSOTROS USEMOS Y REVELEMOS INFORMACIÓN PROTEGIDA ACERCA DE USTED

Nosotros podemos dar información protegida de su salud (PHI) para tratamiento, colección de pago u operaciones para el cuidado de la salud. Estos son algunos ejemplos:

- **Para Tratamiento:** Los profesionales de salud, como los doctores y terapeutas que están trabajando en su caso, algunas veces necesitan comunicarse privadamente para determinar el mejor tratamiento para usted. Ellos pueden mirar la información protegida de su salud de los servicios que usted ha recibido o que va a recibir.

- **Para la colección de Pago:** Nosotros necesitamos usar y revelar su información protegida de su salud para obtener el pago por los servicios que usted recibe. Por ejemplo, las compañías de seguro (Pólizas de seguro médico) requieren que en el recibo de cobro se incluya información acerca del tratamiento que usted recibe para que podamos obtener el pago.
- **Para la Operación del Cuidado de la Salud:** Nosotros podemos usar y revelar información protegida de su salud para asegurarnos que los servicios que usted recibe llenen los requisitos federales y del estado. Por ejemplo, nosotros podemos usar su información protegida de su salud para revisar los servicios que ha recibido y asegurarnos que usted está recibiendo el tratamiento adecuado.

USOS Y REVELACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

- **A Otras Organizaciones del Gobierno que Proveen Beneficios o Servicios:** Nosotros podemos dar información protegida acerca de usted a otras agencias del gobierno que le estén dándole beneficios o servicios. La información que vamos a revelarles tiene que ser indispensable para que usted reciba esos beneficios o servicios.
- **Para Mantenerlo a Usted Informado:** Nosotros podemos llamarlo o escribirle para dejarle saber acerca de sus citas. También podemos enviarle por correo información acerca de los tratamientos que puedan ser de interés para usted.
- **Estudios de investigación:** Nosotros podemos dar información protegida suya a los profesionales que están haciendo un proyecto de estudio de investigación que ha pasado por un proceso de aprobación. Los profesionales de la investigación están obligados a proteger la información que ellos reciben.
- **Cuando la Ley lo Requiere:** Nosotros daremos información protegida de su salud cuando sea requerido por la ley federal o del estado.
- **Para Prevenir Amenazas Serias de Salud y Seguridad:** Nosotros podemos usar o revelar información protegida de su salud para prevenir amenazas serias contra su salud y su seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.
- **Compensaciones a los Trabajadores:** Nosotros podemos dar información protegida de su salud a la oficina de compensaciones a los trabajadores u otros programas que posiblemente puedan darle a usted beneficios relacionados con accidentes de trabajo o enfermedad.
- **Actividades de Salud Pública:** Nosotros podemos dar información protegida de su salud para actividades de salud pública, tales como las actividades para parar o controlar enfermedades, parar accidentes o discapacidad, y para reportar abuso o negligencia de los niños, ancianos y adultos dependientes.
- **Actividades de Control y Monitoreo de los Programas de Salud:** Nosotros podemos dar información protegida de su salud a las agencias de control y monitoreo de los programas de salud como está autorizado por la ley. Las actividades de control y monitoreo son necesarias para asegurar el buen

funcionamiento de los sistemas de salud, programas de gobierno, y para garantizar el seguimiento de las leyes de los derechos civiles.

- **Demandas Judiciales y otras Acciones Legales:** si usted tiene una demanda legal u otra acción legal, nosotros podemos dar información protegida de su salud en respuesta a una orden de la corte.
- **Para Hacer Valer las Regulaciones de la Ley.** Nosotros podemos dar información protegida de su salud cuando la pidan los oficiales encargados de hacer valer las regulaciones de la ley:
 - En respuesta a una orden de la corte, una orden de arresto, o algún proceso similar;
 - Para encontrar un sospechoso, fugitivo, testigo, o persona perdida;
 - Si usted es víctima de un crimen y no puede estar de acuerdo de dar información;
 - Para reportar conducta criminal en cualquiera de nuestras localizaciones;
○
 - Para dar información acerca de un crimen o un criminal, en circunstancias de emergencia.
- **Funcionarios Encargados de Investigaciones de Muertes Repentinas y Examinadores Médicos:** Nosotros podemos dar información protegida de su salud a los funcionarios encargados de investigaciones de muertes repentinas o examinadores médicos. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona fallecida o para determinar las causas de la muerte.
- **Seguridad Nacional y Actividades del Servicio de Inteligencia:** Nosotros podemos dar información protegida de su salud a oficiales federales autorizados para servicios de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades para la seguridad nacional y que son autorizadas por la ley.
- **Servicios de protección para el Presidente y Otros:** Nosotros podemos dar información protegida de su salud a oficiales federales autorizados para proteger al presidente y otras cabezas del estado de hacer investigaciones especiales.
- **Militares y veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podríamos revelar su información médica tal como lo requieran las autoridades militares. También podríamos revelar la información médica del personal militar extranjero a aquellas autoridades militares extranjeras que sean apropiadas.
- **Ayuda en desastres:** Podríamos revelar información sobre su salud a las organizaciones de ayuda en desastres que busquen su información de salud para coordinar sus cuidados médicos o para notificar a sus familiares y amistades sobre su ubicación o condición en una situación de desastre. Le daremos la oportunidad para estar de acuerdo u objetar la revelación de dicha información cuando sea práctico hacerlo.

Otros usos y relaciones de su información protegida de su salud, que no estén cubiertos en este anuncio o por la ley que aplica a nosotros, serán hechos solamente con su autorización por escrito. Si usted tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información déjenos saber. Nunca compartiremos su información con fines de mercadeo, venta de su información o compartimiento de la mayor parte de notas de psicoterapia a menos que usted notifique a su proveedor de servicio por escrito. Podremos contactarlo para recaudación de fondos, pero nos puede decir no y no lo contactaremos otra vez. Si usted cambia su pensar, nosotros dejaremos de usar o revelar información protegida de su salud, pero no podemos recuperar lo que ya se había revelado. Nosotros tenemos la obligación de mantener documentación del tratamiento que se le está dando a usted.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SU SALUD (PHI)

- **Derecho a Ver y Hacer Copias:** Las regulaciones federales dicen que usted tiene el derecho de someter una solicitud para ver y copiar la información protegida de su salud. Sin embargo, la información acerca de los tratamientos psiquiátricos y acerca del uso de alcohol y drogas está protegida por otras leyes. A causa de esas otras leyes, su petición de ver y copiar información protegida de su salud se le puede negar. Usted puede pedir un folleto con información acerca de cómo obtener la documentación acerca de su tratamiento preguntándole a su proveedor de los servicios de salud.

Un terapeuta del departamento de salud mental y del tratamiento del uso del alcohol y las drogas puede aprobar o negar su petición. Si su petición ha sido aprobada, nosotros podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de las copias y el envío por correo de su información. Nosotros también podemos preguntarle si un resumen de la información, en lugar de una copia completa, se le puede entregar. Generalmente se proporcionara la información dentro de los treinta (30) días. Si su petición es negada, usted puede apelar esa decisión y pedir que otro terapeuta revise su petición.

- **Derecho a Pedir Correcciones:** Si usted considera que la información que tenemos acerca de usted es incorrecta, usted puede pedir que se hagan los cambios a la documentación, aceptamos la petición de hacer cambios, no estamos obligados a estar de acuerdo con esos cambios. Nosotros podemos negar su petición de hacer cambios a su información si esta información viene de otras agencias de la salud, si es parte de la información a la que usted no se le permitió ver y tener copias, o si la información protegida de su salud se considera que es correcta, precisa, y completa.
- **Derecho a Saber a Quién le Damos Información Protegida de su Salud:** Usted tiene el derecho a pedir que le demos información acerca de a quién le hemos dado la información protegida de su salud. Bajo las regulaciones federales, esto sería una lista de todas las persona a las que se le haya dado información protegida de su salud y que no haya sido para uso en relación con su tratamiento, colecciones de pagos u operaciones del servicio de salud o requeridas por la ley mencionada anteriormente.

Para obtener esta lista, usted debe hacer una petición por escrito a su proveedor de sus servicios. Usted no puede pedir esa lista después de seis años atrás. Le proporcionaremos una contabilidad por año de forma gratuita, pero se cargara un

costo razonable si hay una segunda solicitud dentro de un periodo de 12 meses. Nosotros le dejaremos saber el costo con anticipación, y usted podrá decidir si retira su petición antes de que se haga el trabajo y se le cobre.

- **Derecho a Pedir que su Información Protegida de su salud sea limitada:** Usted tiene el derecho a pedirnos que nosotros limitemos la información que la ley nos deja usar o revelar acerca de usted para el tratamiento, colección del pago o las operaciones del sistema de salud. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su petición. Si nosotros estamos de acuerdo, nosotros nos acogemos a su petición a menos que la información completa sea necesaria en caso de un tratamiento de emergencia para usted.

Para pedir limitaciones, usted debe hacer la petición por escrito a su proveedor de sus servicios. Usted debe decirnos (1) que información protegida de su salud usted quiere que se limite; (2) si usted quiere que se limite su uso o revelación o ambas cosas; y (3) a quién usted quiere que estas limitaciones se apliquen.

- **Derecho a Pedir Privacidad:** Usted tiene el derecho a pedirnos a nosotros que le demos información acerca de sus citas y otras cosas en relacione con su tratamiento en una forma específica o en un lugar específico. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros lo contactemos a un teléfono específico o por medio del correo. Para pedir que cierta información se mantenga privadamente, usted puede hacer esa petición por escrito a su proveedor de sus servicios. Usted debe dejarnos saber cómo y donde usted desea que sea contactado.
- **Derecho a Copia por Escrito de este Anuncio:** Usted puede pedirnos una copia de este anuncio en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este anuncio por correo electrónico, nosotros le daremos una copia en papel. Usted puede pedir la copia de este anuncio a cualquier empleado del departamento de salud y comportamiento.
- **Derecho a elegir a alguien que actúe por usted:** Si usted ha dado a alguien poder notarial para la atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que esa persona tenga la autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier decisión.

SISTEMA DE RECLAMOS Y DENUNCIOS

Si usted considera que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted puede someter un reclamo o denuncia con nosotros o con el gobierno federal.

El someter un reclamo o denuncia no afecta su derecho a continuar sus servicios o recibir servicios en el futuro.

<p>Para someter un reclamo con El departamento de Salud y Comportamiento, contacte:</p> <p>Marina Espinosa Principal Oficial de la Conformidad 303 East Vanderbilt Way San Bernardino, CA 92415</p> <p>Teléfono # (909) 388-0882 Fax # (909) 890-0435 Correo Electrónico: mespinosa@dbh.sbcounty.gov</p>	<p>Para someter un reclamo con el Condado de San Bernardino, contacte: Condado de San Bernardino HIPAA Oficial de Quejas 157 W. 5th St. 1st Floor San Bernardino, CA 92415</p> <p>Teléfono # (909) 387-5584 Fax # (909) 387-8950 Correo Electrónico: HIPAAComplaints@cao.sbcounty.gov</p>
--	--

Para someter un reclamo con el gobierno federal, contacte al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, Atención: Manager Regional, 50 United Nations Plaza, Salón 322, San Francisco, CA 94102. Para información adicional llame al (800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD) o (415) 437-8310, (415) 437-8311 (TDD), o mándelo por fax a la oficina de Derechos Civiles al (415) 437-8329.

LISTA DE LAS ENTIDADES QUE FORMAN UN ARREGLO CON LA ORGANIZACIÓN AL CUIDADO DE LA SALUD (OCHA)

Entidad

Servicios que Proveen

Jatin J. Dalal, M.D., Inc.
 Inderpal Dhillon, M.D., Inc.
 Enrique J. Friedman, M.D., Inc.
 Mehar Gill, M.D., Inc.
 Myong Won Kim, M.D., Inc.
 Marilyn Kimura, M.D., Inc.
 Aleyamma Mathew, M.D., Inc.
 Lina E. Shuhaibar, M.D., Inc.
 Eugene Young, D.O., M.D., Inc.
 Dennis Payne, M.D., Inc.

Servicios Psiquiátricos Incorporados
 Servicios Psiquiátricos Incorporados
 Servicios Psiquiátricos Incorporados
 Servicios Psiquiátricos Incorporados
 Servicios Psiquiátricos Incorporados
 Servicios Psiquiátricos Incorporados
 Servicios Psiquiátricos Incorporados
 Servicios Psiquiátricos Incorporados
 Servicios Psiquiátricos Incorporados
 Servicios Psiquiátricos Incorporados
 Servicios Psiquiátricos Incorporados

RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO EL ANUNCIO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo confirmo que he recibido el anuncio de las prácticas de privacidad, las cuales explican mis derechos y limitaciones por las cuales el condado puede usar o revelar información protegida de salud personal para proveer servicios.

Imprima el Nombre del Cliente

Firma del Cliente

Fecha _____

Si se firma por otra persona que no sea el cliente,
indique su relación.

Nota: Los padres de familia deben poseer la patria protestad. Guardián o representante autorizado debe mostrar comprobante.

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

El cliente recibió el anuncio de las prácticas de privacidad pero no firmó éste reconocimiento de haberlo recibido porque:

- El cliente dejó la oficina antes de que el reconocimiento fuera firmado
- El cliente no desea firmar esta forma.
- El cliente no puede firmar esta forma porque: _____

El cliente no recibió el anuncio de las prácticas de privacidad porque:

- El cliente necesitó tratamiento de emergencia.
- El cliente no aceptó el anuncio y la firma de éste reconocimiento.
- Otro: _____

Nombre: _____
(Imprima el nombre del proveedor o su representante)

Firma: _____
(Firma del proveedor o su representante)

45 CFR 164.520 Excepto en caso de emergencia,... haga el mayor esfuerzo de obtener el reconocimiento de haber recibido el Anuncio... y si no se obtiene, documente... sus esfuerzos para obtener tal reconocimiento y las razones por las cuales... (si no se obtuvo) no fue obtenido.

**RECONOCIMIENTO DE ANUNCIO DE
PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**Condado de San Bernardino
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y
COMPORTAMIENTO**

**Información confidencial del Paciente
Refiérase al código W & I**

Nombre del Cliente:

Número del Expediente:

Fecha de Nacimiento:

Programa: