

Condado de San Bernardino  
Departamento de Salud del Comportamiento

**Respuesta a la Solicitud de Corrección de la Información Protegida de Salud (PHI)**

Su solicitud para corregir su PHI fue:

**Aceptada**

La corrección de la fecha se incluye en el registro de información de salud: \_\_\_\_\_  
Fecha en la que las personas autorizadas fueron notificadas sobre la corrección del registro: \_\_\_\_\_

**Denegada**

Su solicitud fue denegada por la(s) siguiente(s) razón(es):

- La PHI que usted solicitó que corrigiéramos, no fue creada por nuestra agencia y la agencia o individuo que la creó debe tomar la decisión de dicha corrección. **Por favor contáctese con la agencia o individuo que creó la PHI que desea corregir, para hacerle conocer su deseo de corregirla.**
- La PHI que solicitó que corrigiéramos no es parte del grupo designado de registros del paciente. De acuerdo con las regulaciones federales, solamente información que es parte del grupo designado de registros está sujeta a corrección.
- La PHI que nos solicitó corregir es precisa y completa.

Comentarios del Personal:

Sus Derechos al Recibir una Negativa:

Si su solicitud de corrección fue denegada, puede ejercer los siguientes derechos:

- Puede enviar una declaración escrita de disconformidad (sin exceder (1) una página de extensión), que será incluida con la información inalterada de salud en cualquier divulgación futura de dicha información. Si usted envía tal declaración, tenemos el derecho de acuerdo a la normativa, a preparar una refutación de su declaración, e incluiremos nuestra respuesta junto con su declaración en cualquier divulgación futura de la información inalterada. Se nos exige que le suministremos una copia de nuestra refutación, en caso que decidamos realizarla.
- Si usted decide no enviar una declaración de disconformidad, puede, seleccionando esta caja, darnos la instrucción de incluir su solicitud de corrección y su respuesta de denegación con la PHI inalterada en cualquier divulgación futura o uso de esta información.
- Si usted considera que no hemos observado nuestra política de privacidad de la información o la normativa federal, puede presentar una queja entrando en contacto con:

Department of Behavioral Health Office of Compliance 303 E. Vanderbilt Way San Bernardino, CA 92415 (909) 388-0879	San Bernardino County Office of Compliance and Ethics 157 W. Fifth St, 1 <sup>st</sup> Floor San Bernardino, CA 92415 (909) 387-4500	Office for Civil Rights Attn: Regional Manager 50 United Nations Plaza, Room 322 San Francisco, CA 94102 (415) 437-8310 1(800) 368-1019
--	--	--

**Por favor háganos llegar una copia de este formulario para notificarnos sobre los derechos mencionados que desea ejercitar, seleccionando la casilla apropiada, enviando una queja escrita o declaración (de ser aplicable) y con su firma abajo. Si no desea ejercitar ninguno de estos derechos, retenga este formulario como referencia.**

Nombre en letras de imprenta del <input type="checkbox"/> consumidor o <input type="checkbox"/> representante legal	Fecha
Firma del <input type="checkbox"/> consumidor o <input type="checkbox"/> representante legal	Fecha

Condado de San Bernardino  
Departamento de Salud del Comportamiento

**ESTA SECCIÓN ES PARA EL USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE SAN BERNARDINO**

¿Declaración escrita recibida?  Si  No

En caso afirmativo, fecha de recepción: \_\_\_\_\_

¿Incluir refutación?  Si  No

En caso afirmativo, fecha de la refutación enviada al solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción de la solicitud: \_\_\_\_\_ ¿Decidido dentro de los 60 días de la solicitud?  Si  No

Extensión requerida:  Si  No

En caso afirmativo, motivo exhibido para la extensión: \_\_\_\_\_

Consumidor notificado por escrito de la extensión, en la fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Profesional Practicante Autorizado que procesa la solicitud (letras de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del Profesional Practicante Autorizado que procesa la solicitud: \_\_\_\_\_



## LANGUAGE TAGLINES

### English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### Tagalog (Tagalog– Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. [1-888-743-1478] (TTY: [711])번으로 전화해 주십시오.

### 繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 [1-888-743-1478] (TTY: [711])。

### Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք [1-888-743-1478] (TTY (հեռատիպ) [711]):

### Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните [1-888-743-1478] (телетайп: [711]).

### فارسی (Farsi)

فارسی گ ف ت گومی ک نید، ت سه یلات زبانی نابز هب رگا: ت وجه  
ب صورت رایگان ب رای شما  
ت ماس ب گ یرید. [1-888-743-1478] (TTY: [711]) ف راهمی ب اشد. ب ا



# LANGUAGE TAGLINES

## 日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。[1-888-743-1478] (TTY: [711]) まで、お電話にてご連絡ください。

**Hmoob (Hmong) LUS CEEV:** Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿ ਰੋ, ਤਾੀਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧ ਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇ ਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ ਹੈ। [1-888-743-1478] (TTY: [711]) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية توافر لك بالامجان. اتصل برقم [1-888-743-1478] (TTY: [711]) رقم هتة ف الصم وال بكم:.)

**हिंदी (Hindi) ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। [1-888-743-1478] (TTY: [711]) पर कॉल करें।

## ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

## ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិតគូរ គឺអាចមានសំរាប់អើអើអើអើ ចូ ទូ ស័ព្ទ [1-888-743-1478] (TTY: [711])។

## ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ [1-888-743-1478] (TTY: [711]).