

Condado de San Bernardino Departamento de Salud Mental

Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____

Identificación del Paciente: _____ Nombre de la Clínica: _____

Referencia: SOLICITUD PARA RESTRICCIONES EN LA MANERA/MÉTODO DE LAS COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Usted tiene el derecho a solicitar que la comunicación confidencial de la información protegida de salud realizada al Condado de San Bernardino, Departamento de Salud Mental (DBH por sus siglas en inglés) le sea comunicada a usted por medios alternativos o en un lugar alternativo. Por ejemplo, usted podría no querer que las notificaciones de citas o información relacionada con algunas facturas vayan a su hogar donde un miembro de la familia podría verlas.

El DBH no puede preguntarle que revele el motivo por el cual usted está realizando una solicitud y el DBH tomara en cuenta todas las solicitudes razonables realizadas.

Yo solicito que el DBH utilice los medios, método, y/o un lugar alternativo cuando me comunique acerca de mi información protegida de salud (por favor proporcione el número de teléfono, dirección de correo electrónico, domicilio físico alternativo, etc.). La información protegida de salud a ser comunicada incluye (usted quiere que la información de facturación, cartas de citas por escrito, recordatorios telefónicos de las citas, otros temas relacionados con el DBH, o que toda la correspondencia del DBH sea comunicada por los medios alternativos):

Firma del Cliente o Representante

Fecha

Si es el Representante, declare su relación con el cliente _____

Condado de San Bernardino Departamento de Salud Mental

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nosotros o con el Gobierno Federal.

Presentar una queja no afectará su derecho a continuar con el tratamiento o a un futuro tratamiento.

<p>Para presentar una queja con el Departamento de Salud Mental, comuníquese con:</p> <p>Oficial Principal de Cumplimiento 268 W. Hospitality Lane, Ste. 400 San Bernardino, CA 92415</p> <p>Teléfono Nº (909) 382-3080 Fax Nº (909) 382-3105 Correo Electrónico: eochoa@dbh.sbcounty.gov</p>	<p>Para presentar una queja con el Condado de San Bernardino, contacte:</p> <p>Oficial de Quejas de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés) 385 N. Arrowhead Ave, 5th Floor San Bernardino, CA 92415</p> <p>Teléfono Nº (909) 387-4500 Fax Nº (909) 387-8950 Correo Electrónico: HIPAAComplaints@cao.sbcounty.gov</p>
--	---

Para presentar una queja con el Gobierno Federal, comuníquese con: Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, Atención: Gerente Regional, 50 United Nations Plaza, Room 322, San Francisco, CA94102

Para información adicional llame al (800) 368-1019, (800) 537-7697 (Dispositivo de Comunicación para Sordos- TDD por sus siglas en inglés) o al (415) 437-8310, (415) 437-8311 (TDD), o por fax a la Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos en el (415) 437-8329.

Para más información acerca de sus derechos de privacidad, por favor consulte "DBH, Notificación de Prácticas de Privacidad" disponible en nuestro sitio Web https://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2021/05/COM004_E.pdf o https://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2021/05/COM004_S.pdf en español.