

**SHASTA COMMUNITY HEALTH CENTER*****Aviso de prácticas de privacidad******Revisión legal 1/1/2017***

***ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.***

La legislación nos exige proporcionarle este aviso en el cual se explican las prácticas de privacidad de Shasta Community Health Center en relación con su información médica y cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por ley. Usted posee determinados derechos en relación con la privacidad de su información de salud protegida, los cuales también se detallan en el presente aviso.

SCHC se reserva el derecho de modificar las disposiciones de nuestro Aviso y de crear nuevas disposiciones vigentes para toda la PHI (información de salud protegida) que conservamos. Si SCHC realiza una modificación pertinente a nuestro Aviso, las modificaciones se publicarán de inmediato en nuestro sitio web <http://www.shastahealth.org>.

**¿Qué es la información de salud protegida?**

La información de salud protegida (PHI) constituye la información de salud individualmente identificable, la cual puede incluir información demográfica que SCHC recopila de usted o que crea o recibe de un proveedor de atención médica, un plan de salud, su empleador o una cámara de compensación de atención médica. Dicha información se relaciona con: (1) su condición o salud mental o física en el pasado, presente o futuro; (2) la prestación de atención médica que usted recibe; o (3) el pago de la prestación de la atención médica que usted recibió, recibe o recibirá.

**Fecha de entrada en vigencia**

Este Aviso de prácticas de privacidad entró en vigencia el 1 de enero de 2017.

Las versiones anteriores entraron en vigencia el 17 de enero de 2013, como resultado de la regla final "Omnibus".

**Enmiendas a la Ley de Tecnologías de la Información Médica para la Salud Clínica y Económica (HITECH, por sus siglas en inglés)**

SCHC incluye las disposiciones de la Ley HITECH en su Aviso de la siguiente forma:

**Requisitos de notificación conforme a HITECH**

Conforme a HITECH, SCHC debe notificar a los pacientes cuya PHI haya sido violada. Se debe enviar la notificación a través del servicio de correo prioritario en el transcurso de los 15 días posteriores al suceso. Una violación sucede cuando una divulgación o un uso no autorizado que compromete la privacidad o seguridad de la PHI genera un riesgo importante de que el individuo pueda sufrir un daño financiero, reputacional o cualquier otro daño. Este aviso debe incluir:

- (1) una breve descripción de lo que ocurrió, incluida la fecha de la violación y la fecha de descubrimiento;
- (2) las medidas que el individuo debe tomar para protegerse a sí mismo de un posible daño que pueda resultar de la violación;
- (3) una descripción breve de lo que SCHC está haciendo para investigar la violación, atenuar las pérdidas y protegerse de otras violaciones.

**Socios comerciales**

Se han modificado los Acuerdos entre socios comerciales de SCHC, vigentes desde el 17 de enero de 2013, con el fin de disponer que todas las garantías administrativas, físicas y técnicas de seguridad y los requisitos de documentación, procedimientos y políticas de seguridad de HIPAA se apliquen directamente al socio comercial.

**Pacientes/clientes que pagan en efectivo**

HITECH establece que si un paciente paga sus servicios en su totalidad por cuenta propia, puede exigir que no se divulgue la información sobre el servicio a su pagador externo, ya que no se realiza ninguna reclamación contra este.

**Acceso a los registros de salud electrónicos**

HITECH amplía este derecho, ya que otorga a los individuos el derecho de acceder a sus propios registros de salud electrónicos en formato electrónico y de solicitar a SCHC que envíe sus registros de salud electrónicos directamente a un tercero. SCHC solo puede cobrar los costos de mano de obra conforme a las nuevas reglas.

**Justificación de los registros de salud electrónicos para tratamiento, pago y atención médica**

Actualmente, SCHC no debe brindar una justificación de la divulgación de la PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. No obstante, desde el 1 de enero de 2014, la ley exige que SCHC proporcione una justificación de la divulgación a través de un registro médico electrónico para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Este requisito de brindar una justificación se encuentra limitado a la divulgación realizada en el transcurso de tres años antes de la solicitud presentada por el individuo.

SCHC debe: (1) proporcionarle al individuo una justificación de la divulgación que se realizó y toda divulgación de sus socios comerciales; o (2) proporcionarle al individuo una justificación de la divulgación realizada por SCHC y una lista de los socios comerciales, si así se solicitara.

**Maneras en las que podemos usar y divulgar su información de salud protegida****Tratamiento**

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida con el fin de prestar, coordinar o administrar su atención médica y todos los servicios relacionados. Además, divulgaremos su información de salud a otros proveedores que le estén brindando tratamiento. Asimismo, podemos divulgar su información de salud de forma ocasional a otro proveedor a quien se le haya solicitado participar en su atención médica.

**Pago**

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida con el fin de obtener el pago de los servicios de atención médica que le prestamos. Por ejemplo, podemos incluir información en una factura emitida a un pagador externo que lo identifique a usted, su diagnóstico, los procedimientos realizados y los suministros utilizados en la prestación del servicio.

**Operaciones de atención médica**

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida con el fin de respaldar las actividades comerciales de nuestras clínicas. Por ejemplo, podemos usar su información médica para revisar y evaluar nuestro tratamiento y servicios o para evaluar el desempeño de nuestro personal cuando le brindan atención médica. Además, podemos divulgar su información de salud a socios comerciales externos que lleven a cabo la facturación, el asesoramiento o la transcripción u otros servicios para nuestro centro.

## **Otras maneras en las que podemos usar y divulgar su información de salud protegida**

### **Recordatorios de citas**

Si lo llamamos para recordarle una cita en nuestro centro, solo dejaremos el nombre de la clínica y la hora de la cita. Avísenos si NO desea que lo llamemos.

### **Investigación**

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida a investigadores, siempre y cuando la investigación haya sido aprobada por una comisión de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido los protocolos con el fin de asegurar la privacidad de su información de salud.

### **Intercambio de la información de salud**

Consentimiento para acceder a los datos. Los datos del paciente se proporcionarán a una organización de información de salud.

La organización de información de salud proporcionará los datos del paciente a otras personas que participen en el tratamiento del paciente, a menos que el paciente sujeto de los datos elija denegar el acceso. Puede encontrar los formularios de exclusión en el sitio web de SACVALLEY MEDSHARE (<http://sacvalleymms.org/>).

### **Según lo exige la ley**

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida cuando lo exija la legislación federal, estatal o local.

### **Para evitar una amenaza grave a la seguridad o salud pública**

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida a autoridades de salud pública autorizadas para recopilar o recibir la información con el fin de controlar la enfermedad, lesión o discapacidad. Si la autoridad de salud así lo solicitara, también divulgaremos su información de salud a un organismo gubernamental extranjero que esté colaborando con la autoridad de salud pública.

### **Indemnización por accidente laboral**

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida en relación con indemnizaciones por accidentes laborales o programas similares que brinden beneficios en caso de lesiones o enfermedades laborales.

### **Presos**

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida a una prisión o a funcionarios del orden público solo si usted es un preso de dicha prisión o se encuentra bajo la custodia de un funcionario del orden público. Esta información resultaría necesaria para la institución con el fin de brindarle atención médica a usted y de proteger la salud y la seguridad de otras personas o la seguridad de la prisión.

### **Divulgación y usos que exigen a SCHC darle la oportunidad a usted de objetar o “rechazar”**

Si usted no se opone, podemos usar su nombre y ubicación para las solicitudes realizadas por aquellas personas que lo buscan a usted por nombre.

### **Otras personas que participan en su atención**

Podemos proporcionar partes pertinentes de su información de salud protegida (PHI) a familiares, amigos cercanos y demás personas que usted identifique que participan en su atención médica o en el pago de su atención. Al ingreso, se le dará la opción de agregar o eliminar determinadas personas con quienes usted desea que nosotros compartamos información. (Formulario de autorización de HIPAA). En caso de una

urgencia o cuando no pueda aceptar u oponerse a esta divulgación, divulgaremos su PHI si determinamos que redundará en su beneficio. Sin embargo, le informaremos sobre esto después de la urgencia y le daremos la oportunidad de oponerse a toda divulgación futura realizada a su familia y amigos.

**Divulgación y usos no incluidos en este Aviso**

La divulgación o los usos de su información de salud no incluidos en este aviso o la legislación que se aplica a nosotros solo podrán realizarse con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento, y ya no divulgaremos información de salud sobre usted por los motivos estipulados en su autorización escrita. La divulgación realizada al amparo de la autorización antes de la revocación no estará afectada por dicha revocación.

**Derechos del paciente en relación con la información de salud protegida**

Si bien su registro médico constituye la propiedad física del centro que lo recopila, la información le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

**Solicitar una modificación**

Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica si considera que está incompleta o es incorrecta. Debe realizar esta solicitud por escrito y enviarla a nuestro funcionario de privacidad. Debe mencionar qué información está incompleta o es incorrecta y el razonamiento que respalda su solicitud.

Estamos autorizados a rechazar su solicitud si no se presentó por escrito o si no incluye un motivo que la respalde. Además, podemos rechazar su solicitud si:

- nosotros no creamos la información o la persona que la creó ya no se encuentra disponible para realizar la modificación;
- la información no forma parte del registro que usted está autorizado a examinar y copiar;
- la información no forma parte del conjunto de registros designado conservado por este centro, o el proveedor de atención médica opina que la información es correcta y está completa.

**Restricciones respecto de la solicitud**

Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre cómo usamos o divulgamos su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por ejemplo, usted puede solicitar que no divulguemos información sobre un tratamiento previo a un familiar o a un amigo que pueda participar en su atención médica o en el pago de su atención. Debe realizar su solicitud por escrito y enviarla al director de la Administración de información de salud.

No estamos obligados a aceptar su solicitud si consideramos que el uso o divulgación de esa información redundará en su beneficio. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con esta, a excepción de un tratamiento de urgencia.

Según se estipuló anteriormente conforme a HITECH, si un paciente paga por sus servicios en su totalidad por cuenta propia, puede exigir que no se divulgue la información sobre el servicio a su pagador externo, ya que no se realiza ninguna reclamación contra este.

**Examinar y copiar**

Usted tiene derecho a examinar y copiar la información de salud protegida que conservamos de usted en nuestro conjunto de registros designado por el tiempo que conservemos dicha información. Este conjunto de registros designado incluye sus registros médicos y de facturación y demás registros que utilizamos para tomar decisiones sobre usted. Conforme a la ley, las notas sobre psicoterapia que se hayan incluido

en los registros que recibimos sobre usted no se encuentran disponibles para que las examine o copie. No divulgamos registros médicos en general de manera rutinaria, que hayamos obtenido de otro centro, sin su autorización expresa. Podremos cobrarle una tarifa por el costo de copias, envíos por correo u otros suministros utilizados para cumplir su solicitud.

Si usted desea examinar o copiar su información médica, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla a nuestro funcionario de privacidad: A la atención de: Funcionario de privacidad, Shasta Community Health Center, 1035 Placer Street, Redding, CA 96001 Teléfono: (530) 246-5735. Puede enviar su solicitud por correo o llevarla a la oficina de Servicios de información de salud. Conforme a la ley de California, el artículo 123110 del Código de Salud y Seguridad, usted tiene derecho a ver sus registros en el transcurso de cinco (5) días hábiles. También debemos proporcionar una copia de sus registros en el transcurso de los 15 días posteriores a su solicitud.

Según se estipuló previamente, HITECH amplía este derecho, ya que otorga a los individuos el derecho de acceder a sus propios registros de salud electrónicos en formato electrónico y de solicitar a SCHC que envíe sus registros de salud electrónicos directamente a un tercero. SCHC solo puede cobrar los costos de mano de obra conforme a las transferencias electrónicas de los registros de salud electrónicos.

### **Justificación de la divulgación**

Usted tiene derecho a solicitar una lista de las veces que divulgamos su información de salud fuera del centro que no fueran para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Su solicitud debe presentarse por escrito y debe mencionar el período de tiempo para obtener la información solicitada. Usted no puede solicitar información con fechas anteriores al 14 de abril de 2003 ni períodos de tiempo mayores a seis años (nuestra obligación legal de conservar la información).

Su primera solicitud de una lista de divulgación en el transcurso de 12 meses será gratuita. Si usted solicita una lista adicional en el transcurso de 12 meses posteriores a la primera solicitud, podemos cobrarle una tarifa por los costos ocasionados al proporcionarle la lista posterior. Lo notificaremos sobre dichos costos y le daremos la oportunidad de retirar su solicitud antes de que se incurra en gastos.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

Usted tiene derecho a solicitar cómo nos comunicaremos con usted para mantener su privacidad. Por ejemplo, puede solicitar que lo llamemos a su número de trabajo o nos comuniquemos por correo a una dirección u oficina postal especial. Debe presentar su solicitud por escrito y debe especificar cómo o dónde debemos comunicarnos con usted. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables.

### **Presentar una queja**

Si usted considera que hemos violado sus derechos de privacidad de información médica, tiene derecho a presentar una queja en nuestro centro o directamente en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: U.S. Department of Health & Human Services, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201. Teléfono: (202) 619-0257 Línea gratuita: (877) 696-6775.

Para presentar una queja en nuestro centro, debe hacerlo por escrito en el transcurso de los 180 días posteriores a la posible violación. Brinde la mayor cantidad de detalles posible sobre la posible violación y envíela a nuestro funcionario de privacidad a 1035 Placer Street, Redding, CA 96001.

### **Copia impresa de este Aviso**

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso a su solicitud. Puede obtener una copia si así lo solicita.

**SHASTA COMMUNITY HEALTH CENTER**

*Aviso de prácticas de privacidad*

*Revisión legal 1/1/2017*

**Copia impresa de este Aviso**

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso a su solicitud. Puede obtener una copia si así lo solicita.

---

Firma de acuse de recibo

---

Relación si no es paciente

---

Nombre del paciente en letra de imprenta

---

Fecha

---

Número de registro médico