

# Aviso sobre prácticas de privacidad

---

**Su información.**

**Sus derechos.**

**Nuestras responsabilidades.**

En este aviso se describe el uso y la divulgación de la información médica sobre usted y cómo usted puede acceder a esta información. **Léalo con atención.**

Como parte de nuestras responsabilidades, todos los empleados y pacientes de Shasta Community Health, Dental y Maternity Centers deberán respetar este aviso.

---



**Shasta Community Health Center**  
a californihealth<sup>+</sup> center

## Sus derechos

### Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir una copia impresa o electrónica de su registro médico
- Solicitar la corrección de datos en la copia impresa o electrónica de su registro médico
- Solicitar que la comunicación sea confidencial o privada
- Pedirnos que limitemos los datos que compartimos
- Recibir una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Recibir una copia de este aviso de privacidad
- Designar a una persona para que actúe en su nombre (como un apoderado de atención médica o una persona con poder notarial)
- Presentar una queja si considera que no hemos protegido sus derechos de privacidad

**\*Consulte las páginas 2 y 3 para obtener detalles sobre estos derechos y saber cómo utilizarlos.**

## Sus opciones

### Usted cuenta con varias opciones con respecto a la forma en que utilizamos y divulgamos la información en los siguientes casos:

- Si hablamos con sus familiares y amigos sobre su salud
- Si le otorgamos asistencia en caso de desastre
- Si lo/a incluimos en nuestro directorio clínico, a menos que usted se oponga y nos lo informe
- Si le brindamos atención de salud mental
- Si promocionamos nuestros servicios y vendemos su información

**\*Consulte la página 4 para obtener detalles sobre estas opciones y saber cómo seleccionarlas.**

## Nuestros usos y divulgaciones

### Podemos utilizar y compartir su información en los siguientes casos:

- Mientras le brindamos tratamiento
- Durante la operación de nuestros centros de salud
- Cuando facturamos los servicios que le brindamos
- Si brindamos asistencia con problemas de seguridad y salud pública
- Mientras desarrollamos investigaciones
- En cumplimiento con las disposiciones legales
- Si respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Si trabajamos en conjunto con un evaluador médico o director de funeraria
- Si abordamos solicitudes gubernamentales, de compensación de trabajadores y de seguridad pública
- Si respondemos a demandas y acciones legales

**\*Consulte las páginas 5 y 6 para obtener detalles sobre estos usos y divulgaciones.**

## Sus derechos

### Cuando se trata de su información de salud, usted goza de ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras obligaciones para brindarle asistencia.

#### Recibir una copia impresa o electrónica de su registro médico

- Puede solicitar ver o recibir una copia impresa o electrónica de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. SCHC exige que esta solicitud se realice mediante un formulario impreso.  
[Formulario de autorización de divulgación de información](#)
- Le haremos llegar una copia o un resumen de su información de salud, en general, en un plazo de 15 días a partir de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por cargos administrativos más \$0.25 por página. Esta tarifa no puede superar los \$6.50, incluidos los servicios de envío postal, cargos administrativos y suministros. (Sección 123110 del Código de Salud y Seguridad)
- Puede solicitar que SCHC le envíe su registro electrónico de salud a un tercero. Es posible que SCHC cobre solo los costos por cargos administrativos.
- Es posible que deneguemos el acceso a la totalidad o a una parte de sus registros médicos. Para esto, debemos proporcionar un motivo por escrito en el plazo de cinco (5) días hábiles.

#### Solicitarnos la corrección de sus registros médicos

- Puede pedirnos que corrijamos la información de salud que usted considere errónea o incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.  
[Formulario de enmienda de registro médico](#)
- Es posible que nuestra respuesta a su solicitud sea "no", pero le informaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

#### Solicitar que las comunicaciones sean confidenciales

- Puede hacernos saber cuál es el método de contacto que usted prefiere, por ejemplo, el teléfono particular o del trabajo, o el correo postal a una dirección específica.  
[Formulario de solicitud de comunicación confidencial](#)
- Diremos que "sí" a todas las solicitudes que sean justas.

#### Pedirnos que limitemos los datos que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos o divulguemos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y es posible que nuestra respuesta sea "no" si esto afectara su atención.  
[Formulario de solicitud de restricción del registro médico](#)
- Si usted realiza el pago de un servicio o artículo con dinero de su bolsillo, puede pedirnos que no se lo facturemos al plan de seguro médico.
- Diremos que "sí" a menos que la ley nos exija que divulguemos dicha información.

## **Recibir una lista de las personas con las que hemos compartido su información**

- Puede solicitar que le enviemos una lista de todas las instancias en las que divulgamos su información de salud en un período máximo de seis (6) años antes de la fecha de su solicitud. Le informaremos con quién hemos compartido la información y los motivos. También le diremos si tenemos alguna exigencia legal para la divulgación sin su consentimiento expreso. Muchos ejemplos de por qué hacemos esto se deben al Departamento de Salud Pública de California o a otra entidad de concesión de licencias, y a los efectos de revisar los archivos de los pacientes para analizar la calidad de la atención y el cumplimiento de la legislación.

[Formulario de solicitud de responsabilidad por la divulgación de información de salud protegida](#)

- Le brindaremos una lista de todas las instancias en las que divulgamos su información, excepto en aquellos casos en los que se debió al tratamiento, al pago o a las operaciones de atención médica, y en algunos otros casos (como aquellos que respondan a una solicitud de su parte). La primera solicitud en un año es gratuita, pero es posible que, en el plazo de 12 meses, cobremos una tarifa justa basada en nuestro costo si usted realiza una segunda solicitud.

## **Recibir una copia de este aviso de privacidad**

- Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso cuando lo desee, incluso si ha aceptado recibir el aviso en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.

## **Designar a una persona para que actúe en su nombre**

- Si usted ha otorgado un poder médico a alguien o bien si tiene un tutor legal o apoderado de atención médica, dicha persona puede hacer uso de sus derechos y elegir opciones sobre su información de salud.
- Antes de tomar alguna medida, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre.

## **Presentar una queja si considera que no hemos protegido sus derechos**

- Puede presentar una queja si considera que no hemos protegido sus derechos. Usted debe presentar la queja por escrito en un plazo de 180 días (6 meses) a partir de la fecha en que sospecha que se produjo el inconveniente. Bríndenos la mayor cantidad posible de detalles.

Cómo presentar un reclamo:

1. Ingrese a [shastahealth.org](http://shastahealth.org).
  2. En la esquina superior derecha de la página de inicio, haga clic en "Submit a Grievance" (Presentar un reclamo).
  3. En la siguiente página, complete todas las secciones del Formulario de resolución de reclamos de pacientes.
  4. Luego de hacer clic en "Submit" (Enviar), anote la clave de informe de 12 dígitos que se le otorgó. Esta clave le permite realizar un seguimiento de su reclamo, enviar más información y adjuntar archivos si fuese necesario.
  5. Le daremos una respuesta a su reclamo antes de que transcurran 30 días del envío del formulario.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de una de las siguientes tres formas:
    1. Por correo postal: 200 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20201
    2. Por teléfono: 1-877-696-6775
    3. Por Internet: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>
  - No tomaremos ninguna medida en su contra si usted presenta una queja.

## Sus opciones

**En el caso de cierta información de salud, usted puede informarnos qué es lo que desea que se divulgue.** Puede informarnos cómo desea que se divulgue su información en las siguientes situaciones. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de ordenarnos lo siguiente:**

- Que compartamos la información con sus familiares, amigos cercanos u otras personas que se relacionen con su atención.
- Que retiremos su consentimiento cuando usted lo desee. Esto puede realizarse de forma verbal o por escrito.
- Que compartamos información en una situación de asistencia en caso de desastre.
- **Intercambio de información de salud:** Podemos compartir sus datos con una organización de información de salud (Health Information Organization, HIO). La HIO pondrá sus datos a disposición de los terceros que se relacionen con su atención médica, a menos que usted no les permita el acceso. Para esto, puede completar el Formulario de exclusión voluntaria que se encuentra en el sitio web de SACVALLEY MEDSHARE: <http://sacvalleyms.org/>.
- **Recordatorios de turnos:** Si nos comunicamos con usted para recordarle un turno en uno de nuestros centros de salud, le brindaremos solo el nombre del centro y el horario del turno. Infórmenos si prefiere que NO nos comuniquemos con usted por teléfono o por correo postal.

[Formulario de solicitud de comunicación confidencial](#)

Puede solicitar que nos contactemos con usted por otros medios, como mensaje de texto o correo electrónico.

[Formulario de preferencias de comunicación](#)

*Si usted no puede informarnos sus preferencias, por ejemplo, si se encuentra en estado inconsciente, podemos compartir su información si consideramos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario brindar asistencia ante una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.*

**Nunca divulgamos su información, a menos que usted nos otorgue su consentimiento por escrito cuando se atiende solamente por los siguientes motivos:**

- Casi todas las notas de psicoterapia
- Estado de VIH
- Consumo de sustancias

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo solemos utilizar y divulgar su información de salud?

Casi siempre utilizamos y divulgamos su información de salud de las siguientes maneras:

#### Mientras lo/a atendemos (tratamiento)

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le brindan tratamiento.

*Por ejemplo: Un médico que le brinda tratamiento por una lesión consulta a otro médico sobre su estado de salud general.*

#### Cuando facturamos los servicios que le brindamos (pago)

- Podemos utilizar y divulgar su información de salud para facturar servicios a los planes de salud u otras entidades, o bien para recibir pagos de ellos.

*Por ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que este cubra sus servicios.*

#### Durante la operación de nuestros centros de salud (operaciones)

- Podemos utilizar y divulgar su información de salud para operar centros de salud, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Por ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y sus servicios.*

### ¿De qué otras maneras podemos utilizar y divulgar su información de salud?

Tenemos la autorización o la obligación de divulgar su información de salud de otras maneras, en general para contribuir al bien común, mediante la salud pública y la investigación. Para divulgar su información por estos motivos, primero debemos satisfacer ciertas condiciones legales. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### Si brindamos asistencia con problemas de seguridad y salud pública

- Podemos divulgar información de salud sobre usted por ciertos motivos como los siguientes.
  - Para prevenir enfermedades
  - Para contribuir al retiro de un producto del mercado
  - Para informar reacciones graves o severas a los medicamentos
  - Para informar la sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - Para prevenir o minimizar una amenaza seria a la salud o la seguridad personal

#### Socios comerciales

- Un socio comercial es una persona o un grupo de personas que realizan tareas que implican la utilización o el uso compartido de información de salud protegida para una entidad cubierta. SCHC es una entidad cubierta. Estos socios comerciales se mantienen en conformidad con las siguientes normas:
  - Todas las medidas de protección administrativa de la seguridad de la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA)
  - Medidas de protección física y técnica
  - Procedimientos, políticas de seguridad y requisitos de documentación

<b>Desarrollamos investigaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar y compartir su información con fines de investigación en materia de salud.</li> </ul>
<b>Cumplimiento de la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Divulgaremos información sobre usted si la legislación estatal o federal así lo exige, incluso ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea verificar nuestro cumplimiento con la ley federal de privacidad.</li> </ul>
<b>Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos divulgar información de salud sobre usted a organizaciones de recolección de órganos.</li> </ul>
<b>Trabajamos en conjunto con un evaluador médico o director de funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos divulgar información de salud con un médico forense, evaluador médico o director de funeraria en caso de fallecimiento.</li> </ul>
<b>Abordamos solicitudes gubernamentales, de compensación de trabajadores y de seguridad pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar y compartir información de salud sobre usted en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Para reclamos de compensación de trabajadores</li> <li>A los efectos de la seguridad pública o con un funcionario de orden público</li> <li>A instituciones correccionales</li> <li>Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley</li> <li>A determinadas funciones de gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial</li> </ul> </li> </ul>
<b>Respondemos a demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos divulgar información de salud sobre usted a modo de respuesta a una orden judicial o administrativa, o bien a una orden de comparecencia (citación legal).</li> </ul>

### **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige que conservemos la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida (PHI).
- Es nuestro deber proteger la privacidad de todos nuestros pacientes. También debemos proteger la privacidad de nuestros empleados. Conforme a la política de SCHC y a la legislación de California, está prohibido grabar o tomar fotografías de la información confidencial mediante un dispositivo electrónico o de grabación (incluidos los teléfonos móviles), a menos que el médico otorgue su consentimiento expreso.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber afectado la privacidad o la seguridad de su información.

*(Continúa en la siguiente página)*

- SCHC incluye las disposiciones de la Ley de Tecnologías de Información Médica para Salud Clínica y Económica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) en este aviso, de la siguiente manera:

Conforme a HITECH, SCHC debe informarle si se ha producido alguna violación de su PHI. Este aviso debe enviarse mediante un servicio de correo postal certificado en el plazo de 15 días a partir del evento. Una violación tiene lugar cuando se produce el uso o la divulgación sin autorización y se pone en riesgo la privacidad o la seguridad de la PHI, lo que supone un riesgo significativo de que la persona sufra algún daño financiero, de reputación o de otra índole. En otras palabras, una violación se produce cuando alguien obtiene acceso a su PHI o divulga su PHI sin su consentimiento. Esto podría implicar daños en su identidad, colocarlo/a en una posición de mayor riesgo de fraude o suponer un impacto perjudicial de otro tipo. Este aviso debe garantizar lo siguiente:

1. Brindar detalles del incidente, incluidas la fecha de la violación y la fecha de la detección
  2. Informar las medidas que deben tomarse para protegerse contra aquellos daños que podrían derivarse de una violación
  3. Brindar detalles de las acciones de SCHC que tengan el objetivo de investigar la violación, reducir las pérdidas y brindar protección contra otras violaciones
- Debemos cumplir con nuestras obligaciones y prácticas de privacidad mencionadas en este aviso, y le proporcionamos una copia de este documento.
  - No utilizaremos ni divulgaremos su información con otros fines distintos a los mencionados aquí, a menos que usted nos dé una autorización por escrito. Si nos otorga dicha autorización, esto no es definitivo y usted puede cambiar de idea en cualquier momento.
  - Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos modificar los términos de este aviso y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestras oficinas y en el sitio web, [www.shastahealth.org](http://www.shastahealth.org).

### **Otras instrucciones para este aviso**

Este aviso tiene vigencia a partir del 1.º de enero de 2019. Las versiones anteriores tuvieron vigencia desde el 1.º de abril de 2003, con enmiendas aplicadas el 17 de febrero de 2010 y el 1.º de enero de 2017.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con:

Privacy Officer  
1035 Placer Street  
Redding, CA 96001  
Teléfono: (530) 246-5858  
[privacy@shastahealth.org](mailto:privacy@shastahealth.org)