

## HIPAA INFORMACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Servicios Comunitarios y de Salud en las Montañas

ESTA INFORMACION DESCRIBE COMO SE USARA MANEJARA Y SE INFORMARA ACERCA DE SU SALUD ASI COMO TENER ACCESO A LA MISMA

POR FAVOR LEALO CUIDADOSAMENTE

Si tiene alguna pregunta acerca de esta información por favor no dude en llamar a algún oficial HIPAA al teléfono (619) 478-5254

### QUIEN SEGUIRA ESTA INFORMACION:

Medicina Familiar en el Imperio de las Montañas, Medicina Familiar en el Desierto, Medicina Familiar en Alpine, Medicina Familiar en Escondido, Medicina Familiar en la calle 25th, Programa de Nutrición para Señores en Campo, Servicios de Salud al Suroeste, Servicios Comunitarios y de Salud en las Montañas.

Esta Noticia describe nuestras prácticas privadas. Estamos afiliados con:

Medicina Familiar en el Imperio de las Montañas, Medicina Familiar en el Desierto, Medicina Familiar en Alpine, Medicina Familiar en Escondido, Medicina Familiar en la calle 25th, Programa de Nutrición para Señores en Campo, Servicios de Salud al Suroeste, Servicios Comunitarios y de Salud en las Montañas.

Todas estas corporaciones, lugares y localidades seguirán los términos de esta información. Aparte estas corporaciones, lugares y localidades probablemente intercambiarán información de salud entre ellas para tratamiento, pago o tratamientos relacionadas con el cuidado de la salud, descritos en esta información.

### NUESTRA PROMESA ACERCA DE LA INFORMACION DE LA SALUD:

Nosotros entendemos que la información personal acerca de Ud. Y de su Salud es Privada, Nosotros nos comprometemos a proteger la información acerca de su salud. Nosotros creamos un expediente, del cuidado y los servicios que recibe de nosotros. Necesitamos este expediente para proveerlo con servicio de calidad y para cumplir con algunos requerimientos legales. Esta información se aplica para todos los expedientes de su tratamiento generados por la práctica de servicios médicos, no importa que sean hechos por su doctor o algún otro miembro de la oficina. Esta información le dará a conocer la forma que usamos y damos información acerca de su salud, También describe sus derechos acerca de la información de salud que tenemos de Ud. Y describe algunas obligaciones que tenemos del uso y tratamiento acerca de dar información de su salud.

Estamos obligados por la ley a:

- Aseguramos que la información concerniente a su salud se mantenga en privado.
- Darle esta información de nuestras obligaciones legales y practicas privadas con respecto a su salud; y
- Seguir los términos de esta información que este actualizada y en practica.

### COMO USAREMOS, MANEJAREMOS Y DAREMOS INFORMACION DE SU SALUD.

La siguiente información describe la categoría y diferentes formas que daremos y usaremos su información de salud. Por cada categoría de dar o usar su información le explicaremos que significa y darle algunos ejemplos. No todas las categorías de dar o usar se van a mencionar a continuación. Pero todas las formas permitidas para manejar su información estarán incluidas en una de estas categorías.

**Para Tratamiento:** Probablemente usemos información de salud acerca de Ud. Para proveerlo con el tratamiento o servicio adecuado. Probablemente demos información de salud de Ud. a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos, o algún otro personal que este relacionado con su salud directa o indirectamente. A la mejor trabajan en nuestras oficinas, en el Hospital si esta Ud. Hospitalizado bajo nuestra supervisión, o alguna oficina de otro doctor, laboratorio o farmacia, o algún otro proveedor de salud que hallamos referido para su consulta, para tomar rayos X, pruebas de laboratorio, recibir su medicinas o algún otro tratamiento. Por ejemplo si el doctor le atiende una pierna quebrada, es probable que el doctor quiera saber si eres diabético porque esto retrasaría el proceso de recuperación. Además el doctor necesitaría informar al dietista en el hospital si Ud. Padece de diabetes, así de esa forma le proveerían de alimentos apropiados, también le informaríamos de su salud a un asistente para informar a su familia acerca de su condición, si se encuentra estable y en donde se encuentra.

**Para pagos:** Probablemente usemos y demos información acerca de su salud, servicios y tratamientos que recibió de nosotros para que nuestros servicios sean facturados y recibir el pago de Ud., alguna aseguranza o de terceras personas. Por ejemplo nosotros necesitamos darle información a la oficina acerca de la aseguranza médica y porque razón visito la clínica, para que su plan medico nos pague o reembolse nuestros gastos. También probablemente necesitamos informarle a su aseguranza que clase de tratamiento va a recibir para obtener aprovisionamiento o para determinar que clase de tratamiento cubre su aseguranza.

**Para El Cuidado de su Salud:** Probablemente usemos y demos información de la salud de Ud. Para llevar a cabo practicas médicas. Esto de dar y usar es necesario para poder roporcionarle al paciente con la mejor atención y

calidad posible. Por ejemplo podemos usar su información de salud para verificar que el tratamiento y los servicios son los adecuados y para evaluar el trabajo que nuestros empleados y personal le están ofreciendo. También nos sirver para combinar diferente información de salud de otros pacientes para decidir que otro servicio adicional podríamos ofrecer, que servicios no se necesitan si algunos nuevos tratamientos son efectivos, o para comparar que estamos haciendo con otros y si hemos tenido buenos resultados. Es muy probable que no demos su nombre, para que otros usen la información de salud sin saber de quien proviene.

**Requerido Por Ley:** Necesitamos informar de su salud, cuando nos lo pida las oficinas federales estatales y locales.

**Necesitamos prevenir amenazas contra su salud o su seguridad:** Probablemente necesitemos dar y usar información acerca de su salud cuando sea necesario para prevenir alguna seria amenaza hacia su salud o seguridad asi como la seguridad del público o alguna otra persona. Cualquier información será proporcionada a la persona que la use para prevenir cualquier amenaza.

**Militares y Veteranos:** Si Ud. Es miembro de las fuerzas armadas ya no pertenece a ellas o fue relevado de su cargo, nosotros podemos informar de su salud a sus superiores si nos la es requerida por autoridades militares o por el Departamento de Asuntos de los Veteranos si es aplicable. También daremos información de su salud a personal militar extranjero por medio de los canales apropiados y de autoridades militares.

**Compensaciones de Trabajo:** Podemos dar información de su salud para Compensaciones de trabajo o algún programa similar. Estos programas proveen de beneficios para enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

**Riesgo de Salud Pública:** Probablemente demos información de su salud para actividades de salud pública.

Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Para prevenir o controlar enfermedades lesiones o incapacidad.
- Nacimientos o fallecimientos
- Para reportar abuso de niños o negligencia
- Para reportar reacciones de Medicamentos o problemas con productos.
- Para notificar a las personas de productos que han sido retirados del mercado
- Para notificar a las personas o a organizaciones que necesiten recibir información de la Oficina Administradora de Drogas (FDA) de productos regulados.
- Para notificar a personas que han estado expuestas a alguna enfermedad o que estén

en riesgo de contraer o contagiar alguna enfermedad o condición.

- Para notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si algún paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia domestica. Solo daremos esta información si Ud. Esta de acuerdo on ello o cuando alguna autoridad nos lo requiera o autoriza.

**Actividades de Salud Inadvertidas: Probablemente** demos información de su salud a agencias de salud inadvertidas por actividades autorizada por la Ley. Estas actividades inadvertidas incluye por ejemplo, auditorias, investigaciones, inspecciones y licencias, Estas actividades son necesarias para que el Gobierno monitoree el sistema del Cuidado de la Salud. Programas Gubernamentales, y cumplir con las Leyes de los Derechos Civiles.

**Demandas y Desacuerdos:** Si Ud. Se ve envuelto en una demanda o desacuerdo, nosotros daremos información acerca de su salud en respuesta a la corte o a una order administrativa. También daremos información de Ud. En respuesta de una orden de la corte, conocimiento de un requerimiento o algún otro proceso legal por alguien mas involucrado en el desacuerdo, pero solo si se han hecho intentos para informarle del requerimiento o para obtener una orden protegiendo la información requerida.

**Policia: También** informaremos de su salud si nos lo es requerido por algún Oficial de la Ley:

- Para reportar algunas lesiones, requeridas por Ley como, Heridas de Bala, quemaduras y heridas para perpetuar un crimen;
- En respuesta a una orden de la corte, requerimiento, Orden Judicial o algún proceso o requerimiento similar.
- Para identificar o localizar a un sospechoso fugitivo, material, testigo o persona desaparecida:
  - 1.- Nombre y Dirección
  - 2.- Fecha y Lugar de Nacimiento
  - 3.- Numero de Seguro Social
  - 4.- Tipo de Sangre o Factor rh
  - 5.- Tipo de Lesión
  - 6.- Fecha y Hora del tratamiento o fallecimiento, si es aplicable y
  - 7.- Descripción o características físicas distinguibles.

- Acerca de una víctima de crimen, si la víctima esta de acuerdo en dar o bajo ciertas limitaciones o circunstancias, nosotros podemos obtener el acuerdo de la persona.
- Acerca de una muerte que nosotros creamos que hay sido como resultado de una conducta criminal.
- Acerca de conducta criminal en nuestras instalaciones y
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen; el lugar del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o lugar de la persona que cometió el crimen.
- Informar al Forense, o al enfermero. Esto puede ser necesario, por ejemplo para identificar al muerto o para determinar las causas de muerte. También daremos información acerca del paciente a los directores de la funeraria en la forma que sea necesaria para el desarrollo de sus funciones.

#### **Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia:**

Podemos dar información de su salud a oficiales federales de inteligencia autorizados. Contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

#### **Servicios de Protección para el Presidente y**

Probablemente demos información acerca de Ud. a Oficiales Federales autorizados, para que ellos ofrezcan mejor protección al Presidente, a otras persona autorizadas o personas de alto rango fuera del estado que conduzcan investigaciones especiales.

#### **Presos:**

Si es Ud. Un preso de una institución carcelaria o se encuentra bajo custodia de un oficial de la ley Nosotros podemos proporcionar información de su salud a la institución carcelaria o a algún oficial de la ley, esta información será necesaria si (1) para la institución para darle mejor servicio y ayudarlo con su salud; (2) para proteger su salud y seguridad y salud de otros; o (3) para la protección y seguridad de la institución carcelaria.

#### **SUS DERECHOS ACERCA DE INFORMACION DE SU SALUD**

Ud. Tiene los siguientes derechos acerca de la información que tenemos de Ud.:

#### **Derecho de Revisar y Copiar:**

Ud. Tiene el derecho de revisar y copiar información relacionada con su salud que pueda ser usada para hacer decisiones acerca de su cuidado. Usualmente, esto incluye recibos y expedientes de salud, esto no incluye notas de tratamiento. Para revisar y copiar información de

su salud que sean usadas para tomar decisiones acerca de Ud. Tiene que informar por escrito a Susan Reilly, encargada de la oficina. Si requiere copia de la información, nosotros le podríamos cobrar una cuota por el costo de las copias, correo y otros materiales de oficina asociados con su petición.

Nosotros podemos negar su petición de revisar y copiar en ciertas y limitadas circunstancias. Si su petición es negada para información de salud Ud. Puede requerir que sea revisada. Otro Doctor escogido por nuestro Doctor puede revisar su petición y la negación. La persona que conduzca esta revisión no será la persona que negó la primera vez su petición. Vamos a estar de acuerdo con los resultados de la revisión.

#### **Derecho de Corregir**

Si Ud. Piensa que la información de salud que tenemos acerca de Ud. Es incorrecta o incompleta puede pedirnos que la corrijamos. Ud. Tiene el derecho de pedir que corrijas su información por el tiempo que tengamos su expediente

Para pedir una corrección, su petición deberá de ser por escrito, y mandarla con atención a Susan Reilly, encargada de la oficina, y tendrá que estar en una hoja de papel a mano legible o a maquina con medida de 10 puntos cuando menos, además nos tendrá que mandar las razones que apoyen su petición de corregir su expediente.

Nosotros podemos negarle su petición si no esta por escrito o no nos incluye sus razones para apoyar su petición. Además podíamos negarle su petición si nos pide que corrijamos información que:

- No fue hecha por nosotros, a menos que la institución o persona no se encuentre disponible para hacer la corrección.
- No es parte de la información de Salud que tenemos para nuestra practica.
- No es parte de la Información que esta permitida para sacarle copias o revisarla.
- Esta correcta y completa.

Cualquier corrección que le hagamos al expediente se le informara a las personas que le dimos dicha información, como lo especificamos anteriormente.

#### **DERECHO DE METODOS DE INFORMACION**

Ud. Tiene el derecho de pedir la lista de métodos para cualquier información que hagamos hecho excepto para los usos de tratamiento, pagos y cuidado de salud, especificados anteriormente. Para requerir la lista de métodos, Ud. Tiene que requerir la información por escrito dirigida a la Encargada de la Oficina la señora Susan Reilly. Su requerimiento debe especificar el periodo de tiempo el cual no podrá ser mayor a 6 (seis) años, ni tampoco incluir información antes del 14 de Abril de 2003. La primera lista requerida en un periodo de 12 (doce)

meses será gratis. para listas adicionales le cobraremos el costo del servicio. Nosotros le notificaremos el precio de servicio y dependerá de Ud. Solicitarlo, cancelarlo o mirificarlo antes de dedicarle tiempo. Le mandaremos por correo el formato en un periodo de 30 días, o le informaremos si podremos proporcionarle la información del periodo y que día se la podremos proporcionar pero no podrá excederse de 60 días, después de su requerimiento.

#### **DERECHO PARA REQUERIR RESTRICCIONES:**

Ud. Tiene el derecho de requerir restricciones o limitaciones en la información de su salud para tratamiento, pago o cuidados de salud. También tiene el derecho de limitar su información a otras personas para el pago del servicio, como por ejemplo, un miembro de la familia o amigo, también puede restringir la información a alguna enfermera para uso de su información, o que no le demos información su esposo (a) de una cirugía.

#### **No estamos obligados a estar de acuerdo con su petición para restringir información si para nosotros no es posible o creemos que tendrá un impacto negativo para el cuidado que proveemos.**

Si estamos de acuerdo, seguiremos sus instrucciones a menos que la información sea requerida para un tratamiento urgente. Para pedir una restricción, se tiene que hacer por escrito a la Encarga de la Oficina, señora Susan Reilly, y especificarnos que tipo de información quiere que se restrinja y a quienes se les limitara. Por ejemplo, uso de la información para una enfermera en particular (nombre), o información de alguna cirugía (que clase) para su esposo (a).

#### **Derecho para requerir comunicación confidencial**

Ud. Tiene el derecho de requerir que nos comuniquemos con Ud. Acerca de problemas de salud, de alguna forma o en algún lugar. Por ejemplo nos puede decir que nos comuniquemos a su trabajo o por medio del correo. Para requerir comunicación confidencial tiene que hacerlo por escrito a la Encargada de la Oficina la Sra. Susan Reilly. No le preguntaremos las razones de su solicitud, contestaremos toda clase de solicitud razonable. Su solicitud debe especificar como y a donde quiere que sea localizada.

#### **Derecho a una copia de este comunicado:**

Ud. Tiene el derecho de obtener una copia de dicho papel a cualquier hora. Para obtener una copia, favor de solicitarla a la Encargada de la Oficina la Señora Susan Reilly.

También puede obtener una copia de este comunicado por medio de nuestro internet al [www.mnthhealth.org](http://www.mnthhealth.org) o solicitarlo por internet a [sreilly@mntnhealth.org](mailto:sreilly@mntnhealth.org) si no recibimos el correo electrónico le proporcionaremos una copia de dicho comunicado, En caso de que recibamos el

requerimiento electrónico. Ud. Tiene el derecho de recibir una copia original si la pide.

#### **Si el primer servicio se hizo electrónico, otro que sea por medio del teléfono, le proporcionaremos la información de la misma manera, en respuesta a su solicitud del servicio.**

#### **CAMBIOS A ESTE COMUNICADO:**

Nos reservamos el derecho de modificar este comunico. Así mismo de revisarlo, cambiarlo o hacerlo para información de salud de Ud. Así como de información que recibamos en el futuro. Pondremos dicha información en un lugar visible de nuestras instalaciones. Esta Información estará en la primera pagina, en la parte de arriba de la esquina del lado derecho, con la fecha reciente. Además cada vez que Ud. Se registre para tratamiento o cuidado de salud, le ofreceremos la copia mas actualizada que se encuentre vigente.

#### **QUEJAS**

Si Ud. Piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, puede poner una queja con nosotros o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para poner la queja con nosotros se tiene que comunicar con la Encargada de la Oficina la Sra. Susan Reilly. Todas las quejas tienen que ser por escrito. **Ud. No sera penalizada por llenar una queja.**

#### **OTROS USOS DE INFORMACION DE LA SALUD**

Otros usos e información de la salud que no estén cubiertos por este comunicado o por las leyes que nos rigen, será hecho solo con su permiso por escrito. Si Ud. No proporciona el permiso para dar infamación de ud, Ud. Puede cancelar este permiso, por escrito a cualquier hora. Si Ud. Cancela el permiso nosotros no proporcionaremos ni usaremos información de su salud por las razones escritas en su autorización. Debe de entender que nosotros no podemos retractarnos de información que ya dimos con su permiso, y que estamos obligados a retener en su archivo todos los servicios y cuidados que se le proporcionaron.

#### **CONFIRMACION DE HABER RECIBIDO ESTE COMUNICADO**

Nosotros requeriremos que Ud. Nos firme en una hoja por separado, donde confirma que recibió copia de este comunicado. Si Ud. Escoja o no puede firmar un miembro de nuestro personal firmara su nombre y la fecha, y este se anexara a su expediente.