



## DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES

# AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER UTILIZADA Y DADA A CONOCER Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

Efectivo a Partir del: 14 de Abril del 2003

Fecha de Revisión: 15 de Junio del 2009

Este Aviso describe las prácticas del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, por favor comuníquese con cualquiera de estas personas:

- Funcionario de Asuntos de Cumplimiento (Compliance Officer) de la Clínica
- Funcionario de Asuntos de Privacidad (Privacy Officer) del Departamento De Salud Pública  
(888) 228-9064, 5555 Ferguson Dr., Ste. 3033, Commerce, CA 90022
- Funcionario Principal de Asuntos de Privacidad HIPAA (Chief HIPAA Privacy Officer) del Condado de Los Ángeles, (213) 974-2164, 500 West Temple Street, Suite #410, Los Ángeles, CA 90012

### **NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A SU INFORMACION MÉDICA**

Entendemos que la información médica acerca de su salud es personal y confidencial, por lo tanto, nuestro compromiso con usted es protegerla. Como proveedores de cuidado médico, podríamos crear un expediente de su cuidado médico y los servicios que recibe del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles (Departamento). Para así proveerle cuidados de calidad y cumplir con requisitos legales y de facturación.

### **PROPÓSITO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Este Aviso le dirá las formas en las cuales podríamos utilizar y dar a conocer su "Información Médica Bajo Protección" (PHI, por sus siglas en inglés). También describirá sus derechos y ciertas responsabilidades que tenemos sobre el uso y revelación de su PHI.

Este Aviso aplica a todo el personal del Departamento y sus voluntarios. Sin embargo, reglas especiales aplican a los programas de abuso de sustancias y a los expedientes de dicho programa, para los cuales se sujetarán a su propio aviso.

Su PHI incluye información de tipo demográfica (que puede identificarlo/a) y que ha sido creada y/o o recibida por nosotros sobre su condición médica física o mental en el pasado, presente, o futuro. La información también puede ser acerca del pago de su cuidado médico.

La Regla de Privacidad dentro de la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley Estatal nos exige mantener la privacidad de su PHI. También es nuestra obligación proporcionarle este Aviso sobre nuestras responsabilidades legales y las prácticas de privacidad sobre su PHI. Así como cumplir con los términos de este Aviso. Sin embargo, podríamos cambiar este Aviso cuando la Ley o nuestras prácticas cambien. Nos reservamos el derecho de aplicarlos términos de un Aviso actualizado a la información médica que ya tenemos acerca de usted al igual que información que recibiremos en el futuro. No recibirá un Aviso nuevo automáticamente. Si desea recibir una copia de los nuevos Avisos, puede visitar nuestra página de Internet al [www.publichealth.lacounty.gov](http://www.publichealth.lacounty.gov), o contactar a algunas de las personas mencionadas anteriormente, o solicitarlo durante su próxima cita. También se colocará una copia del Aviso actualizado en nuestras instalaciones.

## **CÓMO PODRÍAMOS UTILIZAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA BAJO PROTECCIÓN**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en las cuales podríamos utilizar o dar a conocer su PHI sin obtener su autorización. Trataremos de explicarle cada una de las categorías de uso o revelación de información y le daremos algunos ejemplos. No se mencionará cada categoría de uso y revelación. Aunque no se mencionarán cada una de las categorías existentes, las formas en que se nos permite dar a conocer su información se encuentran reflejadas dentro de las siguientes:

**Tratamientos:** Podríamos utilizar o dar a conocer su PHI para proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados. El Departamento podría compartir su PHI con doctores, personal médico, consejeros, personal de tratamiento, oficinistas, personal de apoyo, y otro personal médico que esté involucrado en su cuidado. También podríamos compartir su PHI con individuos o entidades para su cuidado en el futuro u otras razones de tratamiento, así como en caso de emergencia.

**Pagos:** Podríamos utilizar o dar a conocer su PHI con el propósito de cobrar o recibir pago por el tratamiento y servicios que usted recibe. Por las mismas razones, podríamos dar a conocer su PHI a su fuente de pagos, incluyendo su compañía de seguro o de servicios médicos administrados, Medicare, Medicaid, u otro tercer pagador. Por ejemplo, podríamos darle a la compañía de su seguro médico información acerca del tratamiento que usted recibió para que ellos nos paguen o reembolsen el costo del tratamiento; o llamarles para confirmar su cobertura o para pedir autorización previa para un posible tratamiento.

**Procedimientos Dentro del Cuidado Médico:** Podríamos utilizar o dar a conocer su PHI por razones administrativas del Departamento, tales como el control de calidad y acciones de mejora, evaluación de la capacitación y eficiencia de profesionales de cuidado médico, revisión médica, servicios legales, auditorías, y cuestiones administrativas generales. Por

ejemplo, podríamos utilizar su información médica para evaluar nuestro tratamiento y servicios y para calificar el rendimiento de nuestro personal al proporcionarle cuidado. Podríamos combinar información médica acerca de nuestros pacientes para decidir cuáles son los servicios adicionales que debería proveer el Departamento o determinar si nuevos tratamientos son efectivos. Por Ley, podríamos dar a conocer su PHI con representantes de agencias reguladoras federales o estatales, las cuales supervisan nuestra operación.

**Socios de Negocios:** Algunos servicios proporcionados por nuestros socios, tales como facturación, servicios de organización de expedientes, consultas legales o de contabilidad, con los que tendremos que dar a conocer su PHI a fin de que desempeñen el trabajo encomendado. Para proteger su PHI, firmamos un contrato escrito en el que se les requiere a nuestros socios la protección de toda esa información.

**Recordatorio de Citas:** Podríamos utilizar o dar a conocer su PHI para contactarlo/a con el propósito de recordarle que tiene una cita con una clínica o servicio del Departamento.

**Alternativas de Tratamiento y otros Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud:** Podríamos utilizar o dar a conocer su PHI para informarle o recomendarle opciones o alternativas de tratamiento. Podríamos informarle de los beneficios, servicios, o clases de educación médica relacionados con la salud, que puedan ser de su interés.

**Recaudación de Fondos:** Podríamos utilizar su información a fin de localizarlo/a para recaudar fondos para el Departamento. Limitamos la información que revelamos a su nombre, dirección, número de teléfono, y fechas en las cuales usted recibió tratamiento o servicios en el Departamento. En los materiales de recaudación de fondos que recibe del Departamento, encontrará una explicación de cómo optar por no recibir más información referente a este tema. Si usted nos pide que no utilicemos o compartamos su información para propósitos de recaudación de fonos, haremos un esfuerzo razonable para asegurarnos de que no reciba información a este respecto.

**Directorio de Hospital o Clínica:** Con excepción de individuos admitidos para cuidado psiquiátrico o a programas de abuso de sustancias, siempre y cuando usted esté de acuerdo incluiremos información limitada de usted en nuestro directorio. De lo contrario, se le dará la oportunidad de oponerse. La información incluye su nombre, ubicación en el hospital o clínica, su condición general (por ejemplo, aceptable o estable), y su religión. A menos de que usted pida lo contrario, nosotros podríamos dar su información del directorio (excepto su religión) a cualquier persona que pregunte por usted y proporcione el nombre del paciente. También, podríamos dar dicha información (incluyendo su religión) a algún miembro del clero, aún cuando éste no proporcione el nombre del paciente.

**Individuos Involucrados en su Cuidado o Pago de su Cuidado:** Siempre y cuando usted esté de acuerdo, podríamos dar a conocer su PHI a un miembro de su familia, a un conocido, un amigo, o a una persona a quien usted identifique estar involucrada/o en su cuidado médico o pago de su cuidado médico. Además, podríamos compartir su PHI con entidades públicas o privadas permitidas por la Ley a proporcionar ayuda en caso de una emergencia. Si usted no está en capacidad de autorizar u oponerse a la revelación y basado

en nuestro juicio profesional de su información, podríamos compartirla si decidiéramos que sería en beneficio suyo. O podríamos suponer que usted no se opondría a compartir la información.

**Ayuda para Desastres:** Podríamos dar a conocer su PHI a una entidad en respuesta a algún desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación. Le daremos la oportunidad de estar de acuerdo o no con la revelación de su información o de oponerse, a menos que decidamos que tenemos que dar a conocer su PHI por circunstancias de emergencia.

**Propósitos de Salud Pública:** Autoridades de Salud Pública podrían solicitar su PHI, ya que por Ley se les puede requerir que recaben o reciban información a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos, muertes, u otras estadísticas. Podríamos reportar el abuso o negligencia hacia los niños. Podríamos informarle acerca de retiros de productos. Podríamos informarle acerca de la exposición a una enfermedad o si podría estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

**Propósitos de Supervisión de Salud:** Podríamos dar a conocer su PHI a una agencia de supervisión de salud para propósitos permitidos por la Ley. Por ejemplo, podríamos compartir su PHI para auditorias, investigaciones, inspecciones, obtener licencias, y acciones disciplinarias.

**Investigaciones:** Podríamos dar a conocer su PHI sin su autorización para ciertos propósitos. Por ejemplo, en determinadas circunstancias, podríamos dar a conocer su información a investigadores quienes preparan protocolo de investigación o si nuestro comité de Junta Revisora Institucional (IRB por sus siglas en inglés; quien se encarga de asegurar la protección de humanos durante investigaciones) determina que la autorización no es necesaria. También podríamos proporcionar información médica limitada acerca de usted (sin incluir su nombre, dirección, u otros identificadores directos) para investigaciones, fines de salud pública o cuidado médico, pero solo si el receptor de la información firma un acuerdo de proteger la información y no utilizarla para identificarlo/a.

**Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podríamos dar a conocer su PHI en respuesta a una corte o a una orden administrativa. También podríamos dar a conocer su PHI en respuesta a un citatorio, petición de exhibición de pruebas, u otro procedimiento legal hecho por alguien más involucrado en la disputa, pero solo si se ha hecho un intento para informarle acerca de la solicitud (la cual podría incluir una notificación por escrito dirigida a usted) o si se obtiene una orden para proteger su PHI.

**Aplicación de la Ley:** Podríamos dar a conocer su PHI para cumplir con la Ley si es permitido o por un mandato de la Ley. Por ejemplo, para reportar una herida de bala, reportar emergencias o muertes sospechosas; cumplir con una orden judicial, una orden de arresto, o un procedimiento legal similar; o para responder a solicitudes de información acerca de crímenes. También podríamos dar a conocer su PHI si su psicoterapeuta cree

que es probable que usted represente un peligro serio de violencia hacia usted mismo u otra persona.

**Médicos Forenses, Examinadores Médicos, Directores de Funerarias, Organizaciones de Obtención de Órganos:** Podríamos dar a conocer su PHI a un médico forense, examinador médico, o director de funeraria. Si usted es un donante de órganos, podríamos dar a conocer su PHI a una organización involucrada en donaciones de órganos y tejidos.

**Para Evitar una Amenaza Seria Hacia la Salud o Seguridad:** Podríamos dar a conocer su PHI para prevenir una amenaza seria hacia su salud o seguridad. Podríamos utilizar y dar a conocer su PHI para proteger la salud o seguridad del público o de otra persona. Cualquier revelación sería a una persona que puede ayudar a prevenir la amenaza.

**Militar y Seguridad Nacional:** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podríamos dar a conocer su PHI cuando sea solicitado por autoridades militares o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Podríamos dar a conocer su PHI a funcionarios federales para llevar a cabo una inteligencia legal, contraespionaje, y otras acciones de seguridad nacional permitidas por la Ley. También podríamos dar a conocer su PHI a funcionarios federales quienes proporcionan protección al Presidente, a otras personas o diplomáticos extranjeros, o llevar a cabo una investigación.

**Compensación al Trabajador:** Podríamos utilizar o dar a conocer su PHI como sea permitido por Leyes de compensación al trabajador o programas relacionados.

**Reglas Especiales Acerca de la Revelación de Información Relacionada con Psiquiatría, Abuso de Sustancias, o VIH:** Límites especiales podrían aplicar a la revelación de PHI que tienen que ver con condiciones psiquiátricas, abuso de sustancias, o pruebas y tratamiento relacionadas con VIH. Por ejemplo, en general no podemos dar a conocer esta información por cuestión de un citatorio, orden de arresto, u otro propósito legal sin su autorización. Sin embargo, podríamos proporcionar esta información sin su autorización por un orden judicial.

**Como lo Requiere la Ley:** Revelaremos su PHI cuando lo requiere la Ley federal, estatal, o local. Por ejemplo, podríamos dar a conocer su PHI con el fin de asegurar nuestro cumplimiento de HIPAA.

**Detenidos:** Si usted está detenido/a o está bajo la custodia de un funcionario de la Ley, podríamos dar a conocer su PHI a la institución de correcciones o al funcionario. Esta revelación sería necesaria para proporcionarle a usted cuidado médico y para la seguridad y protección de la institución de correcciones.

## CUANDO NO PODEMOS UTILIZAR O DAR A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA BAJO PROTECCIÓN

Con excepción de lo mencionado en este Aviso o lo permitido por la Ley estatal o federal, no utilizaremos o compartiremos su PHI sin su autorización por escrito. Su autorización por escrito especificará los usos o revelaciones que usted permitirá. Si usted nos permite utilizar o compartir su PHI por razones diferentes al tratamiento, pago, o cuestiones del cuidado de salud, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Una vez revocada, dejaremos de utilizar o dar a conocer su PHI para los propósitos cubiertos para esa autorización en particular. Excepciones de la información ya revelada antes de haber solicitado la revocación.

**Notas Psicoterapéuticas:** Una autorización por escrito o una orden judicial es necesaria para cualquier uso o revelación de notas psicoterapéuticas con excepción de tratamientos, pagos, o cuestiones de cuidado de salud.

**Mercadeo:** Una autorización por escrito es necesaria para el uso o la revelación de su PHI con el propósito de animarlo a comprar o utilizar productos o servicios, excepto en algunas circunstancias. Por ejemplo, cuando la publicidad sea cara a cara o incluya un regalo promocional del Departamento.

## DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA BAJO PROTECCIÓN

Usted tiene los siguientes derechos acerca de su PHI. A continuación describe cómo usted puede ejercer sus derechos.

**Derecho a Solicitar Restricciones a su PHI:** Usted tiene el derecho de solicitar ciertas restricciones a su PHI que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago, o cuestiones del cuidado de salud. También puede establecer límites en la revelación de su PHI con alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su atención médica. Por ejemplo, podría pedir que limitemos las revelaciones a su cónyuge. Usted podría solicitar por escrito que se especifiquen o actualicen límites en el uso o revelación de su PHI. Para tal efecto, podrá obtener una solicitud de restricción en el Departamento. Dicha solicitud podrá ser o no aceptada. Si el Departamento está de acuerdo con su petición, nosotros cumpliremos con el límite, con excepciones de los tratamientos de emergencia. Si compartimos su PHI restringida con un proveedor de cuidado médico para tratamiento de emergencia, pediremos que el proveedor no siga utilizando o revelando su información.

**Derecho a Recibir Comunicados Confidenciales:** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted sobre sus citas u otros asuntos relacionados a su tratamiento de una manera específica. Para tal fin deberá completar y presentar al Departamento un formulario de *Solicitud para Recibir Comunicados Confidenciales por Medios Alternativos o Lugares Alternativos*, especificando cómo o dónde podemos comunicarnos con usted. No se le pedirá que explique sus motivos. Concederemos solicitudes razonables.

**Derecho de Obtener, Revisar, y Reproducir su PHI:** Con ciertas excepciones, mientras el Departamento cuente con su información médica usted tiene el derecho de acceder, revisar

y obtener una copia de su PHI Para acceder, revisar, y obtener una copia de su Información Médica, debe presentar una solicitud por escrito con el formulario *Solicitud para Acceder a Información Médica*. Podríamos cobrar una cuota por preparar y enviar por correo una copia, u otros materiales relacionados con su solicitud. Podríamos negar, por completo o en parte, su solicitud de acceder, revisar y obtener una copia de su PHI bajo ciertas circunstancias. Si le negamos acceso, le daremos un aviso por escrito indicando la razón. Puede pedir que un profesional de cuidado médico del Departamento quien no reviso su solicitud original, revise la negación. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a Modificar su PHI:** Usted tiene el derecho de pedir una modificación a su PHI mientras el Departamento cuente con esta información. . Por ejemplo, si usted siente que su información en nuestros expedientes es incorrecta o incompleta, puede solicitar una corrección. Para solicitar una modificación, usted debe llenar y presentar la *Solicitud para Modificar Información Médica*. Explicando por qué cree que su PHI está incorrecta o incompleta. Podríamos negar su solicitud dándole un aviso por escrito en el cual se indicarán los motivos de la negación. Usted puede presentar la *Solicitud de Reconsideración de la Negación de Acceso*. Podríamos negar su declaración de desacuerdo.

**Derecho a Recibir un Resumen de la Revelaciones de su PHI:** Usted tiene el derecho de pedir un resumen de ciertas revelaciones de su PHI por el Departamento. Esta es una lista de las revelaciones que hemos hecho de su PHI aparte de nuestro propio uso para tratamiento, pagos y cuestiones relacionadas con el cuidado de salud. Para pedir un resumen de dichas revelaciones, usted debe referirse a un período de tiempo, que no sea mayor a seis años. El primer informe que abarque un período de doce meses será gratuito. Podríamos cobrarle una cuota por las siguientes solicitudes. Antes de incurrir gastos, le informaremos de la cuota para que pueda retirar o cambiar su solicitud.

**Derecho a Obtener Una Copia Impresa del Aviso:** Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este Aviso, incluso si usted ha acordado a recibir este Aviso electrónicamente. Usted puede pedir una copia de este Aviso poniéndose en contacto con el Departamento u obtener una copia de este Aviso en nuestra página de Internet al, [www.publichealth.lacounty.gov](http://www.publichealth.lacounty.gov).

## QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros, usted puede presentar una queja reportándola a:

<p><b>Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles</b></p> <p>Llame o mande su queja por correo.</p>	<p>Dirigida a: Privacy Officer, Department of Public Health  Dirección: 5555 Ferguson Dr., Ste. 3033,  Commerce, CA 90022  Teléfono: (888) 228-9064</p>
<p><b>Departamento de Auditor-Contralor del Condado de Los Ángeles</b></p> <p>Llame, mande su queja por correo, o mande su queja por correo electrónico.</p>	<p>Dirigida a: Chief HIPAA Privacy Officer  Dirección: 500 West Temple Street, Room 410  Los Angeles, CA 90012  Teléfono: (213) 974-2164  Correo Electrónico: <a href="mailto:HIPAA@Auditor.lacounty.gov">HIPAA@Auditor.lacounty.gov</a></p>

También puede presentar una queja con:

<p><b>Departamento de Salud y Servicios Humanos del EE.UU.</b></p> <p>Llame, mande su queja por correo, o mande su queja por correo electrónico.</p>	<p>Dirigida a: U.S. Department of Health and Human Services, Region IX, Office for Civil Rights 50 United Nations Plaza—Room #322 San Francisco, CA 94102</p> <p>Teléfono: (415) 437-8310 TDD: (415) 437-8311 Fax: (415) 437-8329 Correo Electrónico: <a href="http://www.hhs.gov/ocr">www.hhs.gov/ocr</a></p>
--	--