



Nota de Practicas de Privacidad

Fecha efectiva: abril 14, 2003

ESTA NOTA DESCRIBE COMO INFORMACION DE SALUD ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene preguntas sobre esta nota por favor contacte a la **Administracion de Health Services Agency (Attn: Oficial de Privacidad, Post Office Box 3271, Modesto, CA 95353.**

QUIEN SEGUIRA ESTA NOTA

Esta nota de Practicas de Privacidad (NPP) identifica los derechos que un paciente o representante legal del paciente tiene al respecto a los usos y revelaciones de confidencial y protegida informacion de salud hecho por la (Agencia) Health Services Agency, los derechos del individuo y los deberes legales de la Agencia con respeto a esta protegida informacion de salud.

Esta NPP es un nota conjunta para todo Condado de Stanislaus Health Services Agency entidades cubridas, sitios, ubicaciones, Scenic Faculty Medical Group (SFMG) y proveedores de contrato. Las entidades cubridas incluyen las clinicas medicas y dentales de la Agencia, el Centro de Cuidado de Urgencia, Servicios de Rehabilitacion, Programa de Indigeno Cuidado de Salud y ciertos Servicios de Salud Publica. Estas entidades y ubicaciones podran compartir protegida informacion de salud con ambos para tratamiento, pagos o propositos de operaciones de cuidado de salud descritos en esta nota. Todas entidades y sitios cubridos seguiran los terminus de esta nota.

NUESTRA PROMESA ACERCA DE PROTEGIDA INFORMACION DE SALUD

Proteger su privacidad es importante a la Agencia y su personal. Nosotros queremos que usted entienda que nosotros estamos comedidos a proteger su protegida informacion de salud. La informacion que coleccionamos esta guardada en un archivo/expediente que describe el cuidado y servicios que usted recibe en alguna de estas oficinas, clinica de especialista o otros servicios de salud. En orden para proveerle a usted con el mayor posible cuidado y conformar con regulaciones federales y estatales, nosotros regularmente manejamos y mantenemos informacion del paciente. Esta nota aplica a todos los archivos de contacto generado del sistema organizado del cuidado de salud de la Agencia. La siguiente poliza de privacidad sirve como un estandar para todos empleados de al Agencia para coleccion, uso, revelacion, retencion y seguridad de protegida informacion de salud.

“**Protegida Informacion de Salud**” es informacion de salud individualmente identificable que is transmitida electronicamente, mantenida por el internet, extranet, lineas de arriendo, lineas de indicador, sistemas privados, tapes magneticos, discos o otro disco compacto, o transmitido o mantenido en alguna otro forma.

Esta nota le informa de las maneras en que podemos usar y revelar protegida informacion de salud de usted. Esta nota tambien describe sus derechos y ciertas obligaciones que podamos tener acerca de el uso y revelacion de protegida informacion de salud.

A nosotros se nos requiere por ley a:

- Asegurar que protegida informacion de salud que lo identifique a usted se quede privada;
- Darle esta nota de nuestros deberes legales y practices de privacidad con respecto a protegida informacion de salud acerca de usted; y

Seguir los terminos de esta nota que recientemente esta en efecto.

COMO PODEMOS USAR Y REVELAR PROTEGIDA INFOMACION DE SALUD DE USTED

Para Tratamiento

Nosotros podemos usar protegida informacion de salud de usted para proveerle con tratamiento y services medicos. Podemos revelar protegida informacion de salud de usted a doctores, enfermeras, tecnicos, medicos residents o otro personal medico que este implicado con su cuidado. Diferentes departamentos entre la Agencia tambien puede compartir informacion de salud protegida de usted en order para cordinar su cuidado, como recetas, trabajo laboratorio y rayos x. Tambien podemos revelar protegida informacion de salud de usted a otros proveedores medicos fuera de la Agencia que podrian estar involucrados con su cuidado medico.

Para pagos

Podemos usar y revelar protegida informacion de salud de usted para que los servicios y tratamiento que usted reciba puedan ser cobrados y pagos puedan ser coleccionados de usted, una compania de aseguranza o tercera persona. Podamos necesitar dar informacion a su aseguranza de salud sobre cirugia que usted recibio en la Agencia para que su aseguranza de salud nos pague o para que lo reembolse a usted por el tratamiento. Tambien podemos decirle a su aseguranza de salud (IHCP, Kaiser, BC, etc.) sobre un tratamiento para obtener aprobacion antes o determinar si su plano va a cubrir el tratamiento. Podemos compartir informacion sobre usted para permitir que otros proveedores reciban pagos por el cuidado de usted.

Para operaciones de Cuidado de Salud

Nosotros podemos usar y revelar protegida informacion de salud de usted para operaciones de cuidado de salud. Estos usos y revelaciones son necesarios para correr el sistema de cuidado de salud y asegurar que todos nuestros pacientes/clientes reciban cuidado de calidad. Generalmente nosotros usamos y revelamos protegida informacion de salud para:

- Revisar tratamiento y servicios para evaluar el desempeno de nuestro personal en el cuidado a usted.
- Combinar protegida informacion de salud sobre varios pacientes para decidir que servicios adicionales la Agencia habia de ofrecer, que servicios no son necesitados, y si ciertos nuevos servicios son efectivos o no.
- Doctores, enfermeras, residentes medicos, y otro personal para propositos de revision y aprendizaje.
- Conducir o organizar revisiones medicas, servicios legales, intervencion, y funciones relacionadas con aseguranza.
- Combinar protegida informacion de salud que tenemos con protegida informacion de otros proveedores de cuidado de salud para comparar como nosotros estamos haciendo y ver donde podemos hacer mejoramientos en los cuidados y servicios que ofrecemos. Podemos remover informacion que lo identifique a usted de esta seccion de protegida informacion de salud para que otros puedan usarlo para estudiar cuidado de salud y entregar cuidado de salud sin aprender quien son los especificos pacientes.

RECORDATORIOS DE CITAS

Nosotros podriamos usar y revelar protegida informacion de salud para ponernos en contacto con usted para recordarle que usted tiene una cita para tratamiento o cuidado medico en la Agencia.

Productos y Servicios Relacionados con la Salud

Nosotros podriamos usar y revelar protegida informacion de salud para decirle a usted sobre nuestros productos y servicios relacionados con salud que podrian ser de su interes.

Individuos Involucrados en su Cuidado o Pagos por Su Cuidado

Nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud sobre usted a un amigo o miembro de su familia que este involucrado con su cuidado medico. Tambien podriamos darle informacion a alguien que ayude pagar por su cuidado. Solo que haiga una solicitud escrita por usted de lo contrario, tambien podriamos decirle a su familia y amistades de su condicion. En adicion, nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud sobre usted a una entidad asistiendo en un esfuerzo de alivio de desastre para que su familia sea notificada de su condicion, estato y ubicacion.

Investigacion

Nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud sobre usted para propositos de investigacion. Por ejemplo, una proyecto de investigacion podria involucrar comparar la recuperacion medica de todos los pacientes que reciban un medicamento a esos que recibieron otro, por la misma condicion. Todos los proyectos de investigacion son sujetos a un proceso de aprobacion especial. Este proceso evalua el propuesto de la investigacion de un proyecto y su uso de protegida informacion de salud, tratando de balancear las necesidades de la investigacion con las necesidad de privacidad del paciente de su protegida informacion de salud. Nosotros siempre pediremos su especifico permiso su el investigador tendra acceso a su nombre, domicilio o otra informacion que revele quien es usted.

Como es Requerido Por Ley

Nosotros revelaremos protegida informacion de salud sobre usted cuando se nos requiera por leyes federales, estatales o locales o regulaciones.

Para Evitar Una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad

Nosotros podriamos usar y revelar protegida informacion de salud sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad de el publico o otra persona. Aunque cualquier revelacion seria solo a alguien que pueda ayudar a evitar a amenaza.

SITUACIONES ESPECIALES

Medicos Forense, Examinadores Medicos y Directores de Funeral

Nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud a un medico forense o examinadore medico. Esto podria ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona fallecida o determinar la causa de muerte. Tambien podriamos revelar protegida informacion sobre pacientes de la Agencia a directores de funeral como sea necesario para que lleven acabo sus deberes.

Administracion de Comida y Droga (FDA)

Nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud al FDA para eventos relacionados con respecto a la comida, suplementos, productos, defectos en productos, o vigilancia de informacion para establecer los reemplazos o reparaciones de productos.

Riesgos de Salud Publica

Nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud sobre usted para actividades de salud publica. Esta actividades generalmente incluyen la prevencion y/o control de enfermedad, desabilitacion o herida, reportando nacimientos, muertes, abuso o neglecto de ninos, ancianos y adultos dependientes, reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos, a notificar a gente o retirar productos que podrian estar usando, para notificar a una person que podria aver sido exponida a una enfermedad o podria estar en riesgo de contagiagar una enfermedad o condicion, a notificar a la apropiada autoridad de gobierno si creemos que un paciente a sido la victimo de abuso, negligencia o violencia domestica. Nosotros haremos esta revelacion cuando usted este de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por ley.

Militar y Veteranos

Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud de usted como sea requerido por autoridades militares. Tambien podriamos revelar protegida informacion de salud sobre el personal del militar extranjero a la autoridad apropiada del militar extranjero.

Actividades de Inadvertencia de Salud

Nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud sobre usted a una agencia de salud para actividades que sean autorizadas por ley. Estas actividades incluyen, por ejemplo, intervencion, investigaciones, inspecciones, y licensiasura. Estas actividades son necesarias para el gobierno para revisar el sistema the cuidado de salud, programas del gobierno, y como requerido por leyes que aplican.

Reclamos de Compensacion al Trabajador

Nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud sobre usted para su reclamo de compensacion al trabajador o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con empleo.

Demandas y Disputas

Si usted esta implicado en una demanda o disputa, nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud sobre usted en respuesta a una order de corte o administrativa. Tambien podriamos revelar protegida informacion de salud sobre usted en respuesta a una solicitud de descubrimiento, o otro proceso permitido por ley por alguien mas implicado en la disputa, pero solamente si esfuerzos han sido hechos para decirle a usted sobre la solicitud o para obtener una order protegiendo la informacion solicitada.

Ejecucion de Leves

Nosotros podriamos revelar prtogida informacion de salud sobre usted si un oficial de ejecucion de leyes no los pide:

- En respuesta a una orden de corte, o proceso similar;
- Para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material, o person desaparecida;
- Sobre la victima de un crimen si, debajo de ciertas circunstancias limitadas, nosotros somos incapaz de obtener el deacuerdo de esta persona;
- Sobre una muerte que nosotros creemos ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre conducta criminal en la Agencia; y
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la localidad de el crimen o victimas; o para identificar, describir o localizar la persona que cometio el crimen.

Prisioneros

Si usted es un prisionero de una institucion correccional o bajo custodia de un oficial de ejecucion de leyes, nosotros podriamos revelar protegida informacion de salud sobre usted a la institucion correccional o oficial de ejecucion de leyes para proveer a usted a cuidado medico, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros y para el cuidado y seguridad de la institucion correccional.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia

Nosotros podriamos revelar protegida informacion sobre usted a autorizados oficiales federales para inteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Servicios Protectores para el Presidente y Otros

Nosotros podríamos revelar protegida información de salud sobre usted a autorizados oficiales federales para que ellos puedan proveer protección a el Presidente, otras personas autorizadas o otros encargados extranjeros o conducir investigaciones especiales.

Eliminaciones de Seguridad

Nosotros podríamos usar protegida información de salud sobre usted para hacer decisiones acerca de su capacidad médica para una eliminación de seguridad o servicio extranjero. También podríamos revelar su determinación de capacidad médica a los oficiales en el Departamento de Estado quien necesitan acceso a esa información para estos propósitos.

Otras Revelaciones

En adición a las revelaciones de encima, otros usos y revelaciones serán hechos solamente con la autorización escrita dada por el individuo o representante legal del individuo, que puede ser revocada tal autorización en escrito.

Sus Derechos Acerca de Protegida Información de Salud Sobre Usted

Derecho a Inspeccionar y Copiar

Usted tienen el derecho a inspeccionar y copiar protegida información de salud que podría ser usada para hacer decisiones sobre su cuidado. Esta información incluye archivos médicos y facturas, pero podría no incluir alguna información de salud mental.

Para inspeccionar y copiar protegida información de salud usted tiene que someter una solicitud en escrito al Departamento de Archivos Médicos. Si usted solicita una copia de la información, usted podría ser cobrado una suma administrativa por el costo de copiar y enviar si solicitado.

Nosotros podríamos negar su solicitud a inspeccionar y copiar en muy pocas ciertas circunstancias. Si es así, usted puede apelar ese negado y otro licenciado profesional de salud escogido entre el sistema de salud de la Agencia revisará su solicitud y el negado. Nosotros conformaremos el resultado de la revisión.

Derecho a Enmendar

Nosotros hacemos todo esfuerzo por mantener información correcta en su expediente. En el evento que usted sienta que la información sobre usted este incorrecta o incompleta, usted puede solicitar enmendar la información. Usted tiene el derecho a solicitar un enmendar en cuanto la información sea guardada por o para el sistema de cuidado de salud de la Agencia.

Para solicitar un enmendar, su solicitud tiene que ser hecha en escrito y sometida a la Administración de Health Services Agency (Attn: Coordinador de Manejo de Calidad), Post Office Box 3271, Modesto, CA 95353.

Usted también necesita someter documentación que apoye su solicitud.

Nosotros podríamos negar su solicitud por un enmendar si no esta en escrito o no incluye el motivo para apoyar la solicitud. En adición, nosotros podríamos negar la solicitud si usted nos pide enmendar información que:

- No fue creada por nosotros, solamente que la entidad o persona que creo la información ya no este disponible para ser el enmendar;
- No es parte de la protegida información de salud guardada por la Agencia;
- No es parte de la información en que usted podría ser permitido a inspeccionar o copiar; o
- Es correcta y completa.

Aunque nosotros negáramos su solicitud por el enmendar, usted puede someter en escrito un enmendamiento, que no pase de 250 palabras, con respeto a cualquier artículo o declaración en su expediente que usted crea ser incompleto o incorrecto. Si usted claramente indica en escrito que quiere que el enmendamiento sea hecho parte de su archivo médico nosotros lo juntaremos con sus archivos y lo incluiremos cuando nosotros hagamos una revelación de un artículo o declaración que usted crea ser incompleta o incorrecta.

Derecho a Descripción de Revelaciones

Usted tiene el derecho a solicitar una “descripción de revelaciones”. Esta es una descripción de las revelaciones que la Agencia ha hecho sobre protegida información de salud sobre usted aparte de (a) nuestros propios usos para tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud; (b) a usted de protegida información de salud sobre usted; y (c) como requerido por ley.

Para solicitar una descripción de revelaciones, usted tiene que someter una solicitud en escrito al escribir al Departamento de Archivos Médicos. Su solicitud tiene que anotar un tiempo de periodo, que no puede ser más de seis años y no puede incluir fechas antes de abril 14, 2003. La primera descripción que usted solicite entre un periodo de 12 meses será gratuito. Para descripciones adicionales, le podríamos cobrar los costos por proveer la lista. Le notificaremos del costo implicado y usted podrá escoger retirar o modificar la solicitud a ese tiempo antes de que se le haga un cobro.

Derecho a Solicitar Restricciones

Usted tiene el derecho a solicitar una restriccion o limitacion de la protegida informacion de salud que nosotros usamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pagos, o operaciones de cuidado de salud. Usted tambien tiene el derecho a solicitar un limite en la protegida informacion de salud que revelamos a alguien que esta implicado en su cuidado o pago por su cuidado, como un miembro familiar o amistad. La Agencia solo es requerida a aprobar alternas formas de comunicacion.

Nosotros no somos requeridos a estar de acuerdo con su solicitud. Si nosotros si estamos de acuerdo, nosotros conformaremos con su solicitud solamente que la informacion sea necesitada para proveer tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, usted tiene que hacer su solicitud en escrito al Departamento de Archivos Medicos. En su solicitud, usted nos tendra que decir (1) que informacion usted quiere limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, revelaciones o los dos; y (3) a quien quiere que el limite apliqué, por ejemplo, revelaciones a su esposo o esposa o otro miembro familiar.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales

Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted sobre materia medica en una cierta forma o ubicacion. Por ejemplo, usted puede pedir que solo lo contactemos en su empleo o por correspondencia.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted tiene que hacer una solicitud en escrito a el Departamento de Archivos Medicos de cada clinica o ubicacion que usted crea pueda recibir llamadas o correspondencia. Nosotros no le pediremos que rasones con la solicitud. Nosotros acomodaremos todas solicitudes rasonables. Su solicitud tiene que especificamente decir como y donde usted desea que lo contactemos.

Derecho a Copia de Papel de esta Nota

Usted tiene el derecho a una copia de papel de esta nota. Usted nos puede pedir una copia de esta nota en cualquier tiempo. Aunque usted haiga estado de acuerdo a recibir esta nota electronicamente o no es actualmente un cliente de Health Services Agency, usted todavia le pertenece a una copia de papel de esta nota.

Usted puede obtener una copia de esta nota en nuestra pagina de telarana, www.hsahealth.org

Para obtener una copia de papel de esta nota, pare por cualquiera de las clinicas medicas de la Agencia o pongase en contacto con la Administracion de Health Services Agency (Attn: Oficial de Privacidad), Post Office Box 3271, Modesto, CA 95353.

Seguridad de Protegida Informacion de Salud

Nosotros tomamos pasos para salvaguardar su protegida informacion de salud. Nosotros restringimos acceso a su protegida informacion de salud al personal de la Agencia, asociados de negocio, y otras cubridas entidades practicando en la Agencia que necesitan saber la informacion. Nosotros mantenemos fisica, electronica, y salvaguardas procesales que conforman con federal, estatal y estandares locales para salvaguardar su protegida informacion de salud. Nosotros establesemos contratos con todos Asociados de Negocio que detallan el extiendo en que la informacion del cliente debe ser usada y restricciona cualquier revelacion adicional de su informacion del paciente.

Cambios a esta Nota

Nosotros reservamos el derecho a cambiar esta nota. Nosotros reservamos el derechos para hacer revisiones o cambiar efectivo de nota para protegida informacion de salud que ya tenemos acerca de usted y igual asi cualquier informacion que recibamos en el futuro. Nosotros pondremos una copia de la reciente nota en todas las cubridas entidades de la Agencia. Adicionalmente, cada vez que usted reciba servicios de cuidado de salud, nosotros le vamos a proveer con una copia de la reciente nota con su solicitud.

Quejas

La Agencia hace perspectiva de quejas como critica constructiva que nos hace capaz a mirar a reciente procesos y mejorar en la calidad de servicio o cuidado que ofrece. Por favor diganos como estas haciendo. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede archivar una queja con el Health Services Agency o el Departamento de Servicios de Salud y Humanos.

Para archivar una queja complete una "Forma de Queja del Cliente" y desela a una persona de personal quien se la dara al Coordinador de Manejo de Calidad o envíe la queja por correo a:

Administracion Health Services Agency
Attn: Coordinador de Manejo de Calidad
P.O. Box 3271
Modesto, CA 95353
209-558-7043

Una investigacion de la queja sera ocurrida dentro de 30 dias. Toda queja tiene que ser sometida en escrito. Quejas tambien pueden ser archivadas con el Official de Privacidad de el Condado de Stanislaus o el Secretario de los Estados Unidos a:

Condado HIPAA Official de Privacidad
1010 10th Street, Ste 6800
Modesto, CA 95354
209-525-6532

Departamento de Servicios de Salud y Humanos
Oficina de Derechos Civiles
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102
415-437-8310

Usted no sera penalizado por archivar una queja.

Otros usos de Protegida Informacion de Salud

Otros usos y revelaciones de protegida informacion de salud no cubrida por esta nota o las leyes que nos aplican a nosotros seran hechos solamente con su permiso escrito. Si usted nos da permiso a usar y revelar protegida informacion de salud acerca de usted, usted puede revocar ese permiso, en escrito, en cualquier tiempo. Si usted revoca su permiso, nosotros ya no usaremos o revelaremos protegida informacion de salud acerca de usted por las razones cubridas en su autorizacion escrita. Usted comprende que nosotros ya no estaremos capaz de tomar para atras cualquier revelacion que ya haigamos hecho con su permiso, y que nosotros somos requeridos a retener nuestros archivos de el cuidado que le ofrecimos.



Nota de Practicas de Privacidad Reconocimiento de Recibo

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Yo reconozco recibo de la Nota de Practicas de Privacidad al firmar esta forma. La Nota de Practicas de Privacidad da informacion acerca de como el Health Services Agency puede usar o revelar protegida informacion de salud acerca de mi. Yo fui apoyada a leer el documento por completo.

Esta Nota de Practicas de Privacidad is sujeto a cambiar. Si es cambiado, yo puedo obtener una copia de la nota revisada al acceso a la pagina de telarana www.schsa.org o en una de las clinicas, programas o sitios de el Health Services Agency.

Si yo tengo preguntas sobre esta Nota yo debo ponerme en contacto:

Administracion Health Services Agency
Attn: Coordinador de Manejo de Calidad
Post Office Box 3271
Modesto, CA 95353
209-558-7034

Yo reconozco recibo de esta Nota de Practicas de Privacidad de el Condado de Stanislaus Health Services Agency.

Firma: _____ Fecha: _____
(paciente/padre/conservador/guardian)

Incapacidad para Obtener Reconocimiento

Para ser completada solo si una firma no es obtenida. Si no es posible obtener el reconocimiento del individuo, describe los esfuerzos de buena fe hechos para obtener el reconocimiento del individuo, y la razon porque el reconocimiento no fue obtenido.

Nombre de el paciente _____ # de Expediente _____

- Nego a firmar
- Incapacitado a firmar
- Otro _____

Firma de representante proveedor _____ Fecha: _____

CONSENT