

Aviso Sobre la Práctica de Privacidad

Fecha efectiva: Julio 25, 2016

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE; SE REQUIERE SU FIRMA E INICIALES!

QUIENES SOMOS:

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de **Mountain Valleys Health Centers (MVHC)** y las prácticas de la privacidad de:

- Todos nuestros médicos, enfermeras y otros profesionales de salud autorizados para notar información sobre usted en su expediente médico;
- Todos nuestros departamentos, entre ellos, por ejemplo, departamentos de expedientes médicos y los servicios de cuentas;
- Todos nuestros centros de salud; **Big Valley Health Center, Burney Health Center, Butte Valley Health Center, Fall River Valley Health Center, Tulelake Health Center;**
- Todos nuestros empleados, voluntarios y demás empleados que trabajan para nosotros o en nuestro nombre.

NUESTRA RESPONSABILIDADES

Entendemos que la información sobre su salud y el cuidado que usted recibe es personal. Cuando usted recibe tratamiento y otros servicios de salud de nosotros, creamos un expediente de los servicios que usted recibió. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con los requisitos legales. Esta notificación se aplica a todos los antecedentes relacionados con su atención médica almacenados por MVHC y le informa acerca de las maneras en que podemos utilizar y divulgar su información personal de salud. Este aviso también describe sus derechos con respecto a su información de salud que mantenemos y de las obligaciones que tenemos cuando usamos y divulgamos su información.

Estamos obligados por ley a:

- Asegurar que la información de salud que lo identifica a usted se mantenga privada, conforme con la ley;
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información personal de salud;
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información;
- Cumplir con los términos del aviso que está en efecto sobre toda su información personal de salud.

COMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACION DE SALUD:

La ley nos permite usar y divulgar cierta información de salud personal sin su permiso escrito. Los siguientes son algunos ejemplos de estos usos y divulgaciones.

Para Tratamiento

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales médicos que lo estén tratando. Por ejemplo, un médico que lo está tratando por una herida le consulta a otro proveedor de cuidado de la salud sobre su estado de salud general.

Para Pago

Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades. Por ejemplo, nosotros entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que paguen por sus servicios.

Para Procedimientos de Cuidado de Salud.

Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, nosotros utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

OTRAS MANERAS EN LAS QUE USAMOS O DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Los siguientes son algunos ejemplos de estos usos y divulgaciones.

Servicios Relacionados a la Salud y Tratamientos Alternativos

Podemos utilizar y divulgar información de salud para informarte acerca de servicios relacionados o recomendar opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de interés para ti. Por favor, haznos saber si no deseas que nos comuniquemos contigo esta información, o si deseas que usemos un contacto diferente para mandarte esta información.

Recordatorios de Citas

Podemos utilizar y revelar información sobre su salud para comunicarnos con usted para recordarle de sus citas en MVHC.

Ayudar con Asuntos de Salud Pública y Seguridad

Podemos compartir su información en determinadas situaciones, como:

Aviso Sobre la Práctica de Privacidad

- Prevención de enfermedades;
- Ayuda con el retiro de productos del mercado;
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos;
- Informe de sospecho de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Investigación

Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Como lo Requiere la Ley

Podemos divulgar su información médica si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Donación de Órganos y Tejidos

Podemos revelar información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Forenses, Examinadores de Salud y Directores de Funerarias

Podemos divulgar información médica a un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Compensación de Trabajadores, el Cumplimiento de la Ley y Otras Solicitudes Gubernamentales

Podemos utilizar o divulgar su información médica:

- En reclamos de compensación de trabajadores;
- A los fines de cumplir con la ley o con un oficial de la ley;
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley;
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Demandas y Acciones Legales

Podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Presidarios.

Si usted es preso de una institución correccional o bajo la custodia de un agente de la ley, podemos divulgar información médica a la institución correccional o agente de la ley para fines específico como a proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de los demás, o para la protección y la seguridad de la institución correccional.

SUS OPCIONES

Si tiene una preferencia clara de cómo divulgar su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

Revelaciones en el caso de las Operaciones de Socorro

Podemos usar o divulgar su información médica con una entidad pública o privada autorizada por la ley para ayudar en los esfuerzos de socorro. Dicha divulgación se realizará de modo que su ubicación y condiciones pueden ser accesible para los amigos y familiares a menos que se oponga en ese tiempo.

Otros Envuelto en su Cuidado

Su información médica puede ser revelada cuando un miembro de la familia u otra persona envuelto en su atención está presente, mientras que hablemos de su información de salud a menos de que usted se oponga.

Si usted no es capaz de decirnos su preferencia por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos revelar su información médica si creemos que es en su mejor interés. También podemos revelar su información médica cuando sea necesario para disminuir amenaza grave e inminente para su salud o la seguridad.

Intercambio de Información Médica

Participamos en uno o más sistemas de intercambio de información médica. Este sistema mueve electrónicamente e intercambia información de salud entre en grupo de los proveedores de atención de salud. Su información médica estará disponible para los proveedores autorizados para utilizar el sistema intercambio de información médica a menos que nos notifique por escrito que no desea participar.

Actividades de Recaudación de Fondos

Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Aviso Sobre la Práctica de Privacidad

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Tenemos la obligación de recibir la autorización por escrito para usar o divulgar información de salud en ciertas situaciones. Algunos ejemplos de los cuales incluyen la divulgación al seguro de vida con fines de cobertura, una prueba física o laboratorio de pre-empleo, la divulgación a la firma farmacéutica para sus propios fines comerciales, la mayoría de los usos o revelaciones de las notas de psicoterapia, las comunicaciones de comercialización y venta de información de salud.

Otros usos y divulgaciones de información personal de salud no cubiertos por este aviso o las leyes aplicables se harán solo con su autorización por escrito. Si nos da su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización ya no podremos usar o divulgar su información médica por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que no somos capaces de revertir los usos y divulgaciones que ya hemos hecho con su autorización y que estamos obligados a retener nuestros registros del cuidado que le hemos proporcionado.

SUS DERECHOS

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información personal de salud. Esta sección de nuestro aviso describe sus derechos y cómo ejercerlos.

Derecho a Inspeccionar y Copiar

Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar sus registros médicos y de registros de facturación.

Usted tiene el derecho de solicitar una copia de su información de salud como una foto copia o en un formato electrónico según lo usted como están de acuerdo usted y MVHC. Usted puede solicitar que su información médica se enviara a un tercero designado por usted, siempre y cuando dicha elección es clara.

Por favor, tome en cuenta que su solicitud para ver o copiar su historial médico puede ser negada en ciertas circunstancias muy limitadas.

Tome en cuenta que el correo electrónico a través de redes abiertas no es segura y puede representar un riesgo para usted si solicita una copia de su información de salud de esta manera.

Para inspeccionar y/o recibir una copia de su información de salud debe presentar su solicitud por escrito. Se le puede cobrar una cuota razonable basada en el costo de los suministros, franqueo y la mano de obra necesaria en el cumplimiento de su solicitud.

Derecho De Corregir su Registro Médico

Si usted siente que su información de salud que mantenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de la información que mantenemos sobre usted. Esta solicitud debe hacerse por escrito en una sola página escrita a mano o a máquina en forma legible. Además, usted debe proveer una razón que apoye su petición para una enmienda. Podemos negar su petición para una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negar su petición si usted nos pide enmendar información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona u organización que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda;
- No es parte de la información de salud mantenida por o para MVHC;
- No es parte de la información que a usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- Es correcta y completa.

Cualquier enmienda que hagamos a su información médica será divulgada a los profesionales de salud envueltos en su atención a otras personas y para llevar a cabo el pago y operaciones de cuidado de salud, como se ha descrito anteriormente en este aviso.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos y vamos a responder a usted por escrito. Si aprobado vamos a hacer la corrección o adición a su información médica. Si es rechazada se le dará la oportunidad de presentar una declaración escrita limitado a 250 palabras para cada artículo supuestamente incorrecta o incompleta. Su declaración debe indicar claramente su deseo de tener la declaración hecha una parte de su registro. Cuando así se indica, vamos a adjuntar la declaración como un adición a su registro y será incluido siempre que esa parte de su registro es revelada a terceros.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de hogar o oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.

Derecho de Solicitar Restricciones

Puede solicitarnos a no revelar su información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. Puede solicitar un límite en la información médica que divulgamos a alguien que esté envuelto en su cuidado o para el pago de su cuidado, como un

Aviso Sobre la Práctica de Privacidad

miembro de la familia o un amigo. En la mayoría de los casos no estamos obligados o acceder a su petición, y podemos decir “no” si afecta su cuidado.

Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su seguro médico. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones

Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su PHI que se mantienen en nuestra historia clínica electrónica.

Para solicitar un informe de las divulgaciones usted debe presentar la solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificado en la última página de este aviso y establecer el período de tiempo para el que solicita la contabilidad. Tal tiempo no será más de tres (3) años desde la fecha de solicitud.

MVHC proporcionará un informe de las revelaciones a un paciente en un periodo de 12 meses de forma gratuita. Solicitudes adicionales de un informe de divulgaciones dentro de un período de 12 meses se podrá aplicar evaluar una tarifa.

Derecho a una Copia de este Aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para recibir una copia, por favor solicítelo a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la última página de este aviso.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos: Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, S. W. Washington, D.C. 20201. Teléfono (202) 619-0257 Toll Free (877) 696-6775.

Puede presentar una queja con MVHC por correo, fax o correo electrónico una descripción por escrito de su queja o puede notificarnos de su queja en persona o por teléfono. Describa lo que sucedió y favor de darnos las fechas y los nombres de todos aquellos envueltos. Por favor, también nos deja saber cómo comunicarse con usted para que podamos responder a su queja. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Persona de contacto de privacidad de MVHC es:

Michelle Salters, CCO
Mountain Valleys Health Centers
P.O. Box 277
554-850 Medical Center Drive
Bieber, California 96009
Teléfono: 530-294-5241 Ext. 3110 Fax: 530-294-5392

CAMBIOS A ESTE AVISO

Reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer efectivo el cambio de aviso para toda información de salud que mantenemos sobre usted, si se trata de información que se recibió previamente sobre usted o información que se puede recibir acerca de usted en el futuro. Pondremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina. Nuestro anuncio indicará la fecha efectiva en la primera página, en la esquina superior derecha. También le daremos una copia de nuestro aviso actual cuando se solicite.

Por favor, firmar y fechar el Acuse de Recibo adjunto y devolverlo a la recepción. Por favor, conserve este Aviso de Practicas de Privacidad para sus archivos.



Mountain Valleys

HEALTH CENTERS

Aviso de Información sobre la Práctica de Privacidad

Para cumplir con la ley de privacidad, estamos comprometidos a proteger su información personal de salud. El aviso de prácticas de privacidad declara:

- Nuestra obligación ante la ley en respecto a su información personal de salud.
- Como podemos usar y publicar su información de salud que mantenemos.
- Sus derechos relacionados a su información personal de salud.
- Nuestros derechos para cambiar el aviso de práctica de privacidad.
- Como archivar una queja si usted cree que se comprometió su privacidad.
- Las condiciones que aplican sobre el uso y publicación y no declaradas en este aviso.
- La persona con quien comunicarse para más información de prácticas de privacidad.

Somos comprometidos por ley entregarle una copia de este aviso y obtener un reconocimiento escrito que usted recibió una copia.

Recibo de reconocimiento de paciente

Yo, _____ declaro que recibí copia del aviso de las practicas de privacidad.

Firma de paciente

Fecha

Firma de padre o representante del paciente

Fecha

Descripción de autoridad legal para representar al paciente

Fecha

(La Noticia correcta fue efectiva 7/25/2016)