



POLÍTICA HIPAA  
04/14/03

EN VIGENCIA:

## **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES**

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.**

Si usted tuviera alguna pregunta acerca del presente Aviso, puede ponerse en contacto con la persona encargada de su tratamiento, el enlace del departamento que le está prestando los servicios (en el marco de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud - “HIPAA”), o puede ponerse en contacto con:

Solano County HIPAA Privacy Officer  
675 Texas Street  
Fairfield, CA 94533  
(707) 784-3199

Su información médica es personal, y quienes formamos parte del Condado de Solano hemos adquirido el compromiso de protegerla. Su información médica es también muy importante en lo que refiere a nuestra capacidad de ofrecerle atención médica de calidad, y de cumplir con ciertas leyes. El presente Aviso describe las prácticas de divulgación de los datos personales que nosotros y nuestros socios comerciales tenemos la obligación de cumplir en relación con su información médica, y esboza los límites sobre la manera en que el Condado manejará su información médica. En algunos casos, la legislación de California puede resultar más restrictiva en lo que concierne a sus derechos y responsabilidades que la Ley HIPAA, en cuyo caso prevalecerá la ley de California. Otras leyes federales o estatales limitan el intercambio de información. Por ejemplo, existen leyes especiales que protegen la información referida a la condición del paciente afectado por VIH/SIDA, servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y el tratamiento del alcoholismo y/o la farmacodependencia. Acataremos estas leyes.

**La ley nos exige:** Mantener en reserva su información médica, también conocida como “información médica protegida” o “PHI”, cursarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y las prácticas de divulgación de los datos personales en relación con su PHI, y cumplir con el presente Aviso. En el marco de la ley federal, el Condado debe proporcionar una copia del presente Aviso cuando usted reciba los servicios médicos y servicios conexos del Condado, o participe en ciertos planes de salud administrados u operados por el Condado.

## CAMBIOS AL PRESENTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar o cambiar los términos del presente Aviso, y de aplicar dichos cambios a su PHI. Usted tiene el derecho de ser notificado de cualquier cambio al presente Aviso y de recibir una copia de dichos cambios por escrito. Para obtener una copia del presente Aviso una vez que haya sido modificado, puede o bien solicitarla a su proveedor de atención médica (por ejemplo, su médico) o a cualquier empleado del Condado de Solano, o visitar nuestro sitio web en <http://www.solanocounty.com>.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU PHI

**Para el Tratamiento:** Creamos un registro del tratamiento y los servicios que usted recibe en nuestras instalaciones y programas. Necesitamos este registro para ofrecerle atención médica de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales.

Su proveedor de atención médica puede dar a conocer su PHI a otros médicos, terapeutas, enfermeras, estudiantes en formación u otro personal que tenga participación en los servicios de atención médica que se le prestan a usted. Por ejemplo, un médico que lo esté tratando por un cuadro depresivo necesitará eventualmente saber si usted tiene algún problema cardíaco debido a que algunos medicamentos bajan la presión arterial. Su proveedor de atención médica puede compartir los datos contenidos en su PHI a fin de coordinar los diversos aspectos de su atención, tales como recetas médicas, mediciones regulares de la presión arterial, pruebas de laboratorio o un electrocardiograma.

También podemos divulgar su PHI a personas ajenas a esta entidad que tengan alguna participación en su tratamiento cuando usted no se encuentre en alguna de nuestras instalaciones, clínicas o programas, para la coordinación y gestión de su atención médica.

Podemos utilizar y divulgar su PHI para ponernos en contacto con usted. Por ejemplo, podemos enviarle un recordatorio informándole que tiene una cita para recibir algún tratamiento. Usted tiene el derecho de indicarnos la forma en que desea que el Condado de Solano se ponga en contacto con usted (si usted lo solicita, se le remitirá un formulario a tal efecto).

Podemos utilizar y divulgar su PHI para recomendarle las posibles opciones o alternativas de tratamiento que pudieran interesarle. Además, podemos utilizar y divulgar su PHI para informarle acerca de ciertos beneficios o servicios relacionados con la salud que podrían ser de su interés (por ejemplo, cumplimiento de los requisitos para recibir Medi-Cal o los beneficios del Seguro Social.) Usted tiene derecho a rechazar esta información.

**Para el Pago:** Podemos utilizar y divulgar su PHI a fin de obtener el pago del tratamiento y los servicios prestados a usted. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para obtener el pago de Medi-Cal, Medicare o compañías aseguradoras privadas.

**Para Operaciones de Atención Médica:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para el funcionamiento de nuestras instalaciones, clínicas y programas, y para cumplir con ciertas regulaciones estatales y federales. Por ejemplo, podemos utilizar su PHI para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención provista a usted.

**Para la Administración del Plan de Salud:** En su condición de administrador de ciertos planes de salud, por ejemplo Medi-Cal, el Condado puede, sólo en cierta medida, divulgar información a los patrocinadores de planes. La ley sólo permite el uso de dicha información a los fines del cumplimiento de los requisitos para acceder al plan y la inscripción en el mismo, la administración de beneficios y el pago de gastos de atención médica. La ley prohíbe expresamente el uso para acciones o decisiones relacionadas con el empleo.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE PHI QUE LE DAN LA OPORTUNIDAD DE PONER OBJECIONES**

A menos que usted ponga objeciones, nosotros podemos divulgar su PHI a un amigo o pariente, alguno de sus padres o a cualquier otra persona identificada por usted que tome parte en su atención médica o el pago de su atención médica. Su objeción debe constar por escrito (si usted lo solicita, se le remitirá un formulario a tal efecto). Haremos caso omiso de su objeción en circunstancias en que, de acatarla, lo expondríamos a usted o a otra persona a algún peligro, según lo determine su proveedor de atención médica, o cuando la ley nos exija de otro modo la divulgación de su PHI.

En caso de producirse un desastre, podemos divulgar su PHI a un organismo de ayuda a los damnificados de desastres, como la Cruz Roja, de modo que su familia pueda ser informada acerca de su condición, estado y localización.

### **USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

**Investigación:** Podemos divulgar su PHI a los investigadores médicos que la soliciten para proyectos de investigación médica aprobados; sin embargo, con excepciones muy limitadas, dichas divulgaciones deben ser autorizadas a través de un proceso de aprobación especial antes de que cualquier PHI sea dada a conocer a los investigadores, quienes deberán proteger la PHI que reciban.

**Según lo exija la ley:** Divulgaremos su PHI cuando la ley federal o estatal así lo exija.

**Para conjurar una amenaza seria a la salud o la seguridad:** Podemos utilizar y divulgar su PHI cuando sea necesario para evitar una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público en general u otra persona.

**Militares y Ex Combatientes:** Podemos divulgar su PHI para las actividades de los militares y ex combatientes.

**Denuncia de abuso, abandono o violencia doméstica:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental, cuando consideremos que la persona ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica.

**Indemnización al Trabajador por Accidentes Laborales:** Podemos divulgar su PHI para los programas de indemnización al trabajador por accidentes laborales o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionados con el trabajo.

**Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar su PHI para las actividades de salud pública, como aquellas actividades dirigidas a evitar o controlar enfermedades, evitar lesiones o discapacidades y denunciar el abuso o abandono de niños, personas mayores y adultos dependientes.

**Actividades de Supervisión Médica:** Podemos divulgar su PHI a un organismo de supervisión médica para las actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de la legislación sobre derechos civiles.

**Difuntos.** Su PHI puede ser divulgada a los directores de funerarias o médicos forenses para permitirles realizar sus funciones legales.

**Donación de Órganos y Tejidos:** Su PHI puede ser utilizada o divulgada a los efectos de la donación de órganos, córneas o tejidos de cadáveres.

**Procesos Judiciales y Disputas:** Si usted es parte de un proceso judicial o disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o sentencia administrativa. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una citación con apercibimiento, solicitud de proposición de prueba u otro proceso legal.

**Aplicación de la Ley:** Podemos divulgar su PHI si las autoridades judiciales y policiales lo solicitan, incluso bajo las siguientes circunstancias:

- a. En respuesta a una orden judicial, citación con apercibimiento, mandamiento judicial, auto de comparecencia o proceso similar;
- b. Para identificar o localizar a un sospechoso, prófugo, testigo sustancial o persona desaparecida;
- c. Si la PHI se relaciona con la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener consentimiento para la divulgación;
- d. Si la PHI se relaciona con una muerte que, en nuestra opinión, puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- e. Si la PHI se relaciona con una conducta delictiva cometida en cualquiera de nuestras instalaciones y programas; o

- f. En circunstancias de emergencia para denunciar un delito, el lugar donde se cometió el delito, la víctima(s) o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el delito.

**Funciones Gubernamentales Especializadas:** En el transcurso de las actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia, podemos divulgar su PHI a las autoridades federales autorizadas en lo que concierne a las actividades de inteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a las autoridades federales autorizadas que toman las decisiones relacionadas con su idoneidad para obtener una autorización relativa a la seguridad o el servicio en el extranjero.

**Internos de Instituciones Penitenciarias:** Si usted es un interno de una institución penitenciaria, pierde los derechos descritos en el presente Aviso. Además, si usted es un interno o si se encuentra bajo la custodia legal de un funcionario policial, podemos divulgar su PHI a un funcionario policial.

**Beneficios Públicos:** También podemos utilizar o divulgar su PHI como parte de los programas gubernamentales que prestan beneficios públicos.

## **OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Otros usos y divulgaciones de su PHI no cubiertos por el presente Aviso o las leyes que nos son aplicables serán realizados únicamente con su autorización escrita. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su PHI, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Por ejemplo, se le puede pedir que otorgue su consentimiento para participar en el ensayo clínico de un nuevo medicamento. Si usted revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su PHI por los motivos cubiertos por la autorización, salvo que nos sea imposible revertir alguna divulgación de información realizada cuando la autorización tenía vigencia, y tenemos la obligación de conservar los registros de la atención médica que le proporcionamos a usted.

**Divulgación Mínima Necesaria:** Salvo cuando la divulgación obedezca a los fines del tratamiento, según lo exige la ley, o cuando sea requerida por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para investigar el cumplimiento de los usos o la divulgación de la PHI, utilizaremos y divulgaremos sólo la información mínima necesaria para llevar a cabo el propósito particular en función del cual se procedió al uso o divulgación.

## **SUS DERECHOS RESPECTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED**

**Derecho de Inspección y Copia:** Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y solicitar una copia de su información médica protegida de nuestros

registros. Para inspeccionar y solicitar una copia de su PHI, debe presentar una solicitud por escrito ante su gerente de casos o la persona encargada de su tratamiento. (Si lo solicita, se le proporcionará un formulario). Si solicita una copia de su PHI, podemos cobrarle los gastos derivados de la copia, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. El costo de las copias de sus expedientes es de \$0.25 por página.

Usted tiene derecho a una copia sin cargo de la parte pertinente de sus expedientes que resulte necesaria para apelar una denegación de elegibilidad para Medi-Cal, el seguro por incapacidad del seguro social o el Programa de Ingresos Suplementarios de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado para los beneficios dirigidos a los Ancianos, Ciegos y Discapacitados (SSI/SSP). La expresión “parte pertinente” refiere a los registros que cubren los servicios provistos desde el momento en que usted solicitó los beneficios hasta la denegación de los mismos.

Podemos rechazar su solicitud de inspección y copia de partes de su PHI. Si se le niega el derecho de inspeccionar y copiar el íntegro de su PHI contenida en nuestros registros, usted puede apelar esta decisión y solicitar que otro profesional del cuidado de la salud autorizado dentro del Condado de Solano, que no tenga participación en su tratamiento, revise la denegación, o usted puede solicitar que otro profesional del cuidado de la salud autorizado de su elección revise la denegación y su apelación. (Se le proporcionará un formulario para presentar esta solicitud.)

**Derecho de Solicitar una Modificación:** Si usted considera que su PHI contenida en nuestros registros es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos la modificación de la información. Usted tiene derecho a solicitar una modificación en tanto la información se conserve en nuestros registros. Para solicitar una modificación, debe presentar una solicitud por escrito al enlace del departamento que le está prestando los servicios (en el marco de la HIPAA), o a la persona a cargo de su tratamiento. Además, debe indicarnos la razón de la modificación y en qué instalación, clínica o programa del Condado desea que se aplique su solicitud. Su solicitud pasará a formar parte de su expediente. (Si usted lo solicita, se le remitirá un formulario y una lista de las instalaciones, clínicas y programas a tal efecto.) Además, podemos denegar su solicitud si usted nos pide modificar información que no fue creada por nosotros, o que es parte de la información que usted no tenía permiso de inspeccionar o copiar, o que su proveedor de atención médica considera precisa y completa.

**Derecho de rendición de informe sobre divulgaciones de información:** Con excepción de las divulgaciones realizadas para nuestros propios usos a los efectos del tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones exentas, usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su PHI. Para solicitar esta lista, debe presentar su solicitud por escrito a la persona encargada de su tratamiento. (Si usted lo solicita, se le remitirá un formulario a tal efecto.)

Su solicitud debe indicar un lapso de tiempo, el cual no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar la

forma en que desea recibir esta lista (por ejemplo, impresa o por medios electrónicos.) La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses calendario será sin cargo. Si desea listas adicionales, podemos cargarle los costos derivados de la provisión de la lista. Le informaremos del costo en cuestión y usted puede optar por cancelar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier gasto.

**Derecho de revocar la autorización de uso y divulgación:** Salvo que la ley estipule lo contrario, no podemos utilizar ni divulgar su PHI si no contamos con una autorización vigente otorgada por usted. No podemos condicionar el tratamiento, pago o inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para recibir beneficios, a su firma de un Formulario de Autorización. Si usted firma un Formulario de Autorización, puede revocarlo por escrito en cualquier momento.

**Derecho de solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos ciñamos a las restricciones adicionales y especiales al momento de utilizar o divulgar su PHI. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud. Si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia según lo determine su médico u otras circunstancias exijan la divulgación por encima de su objeción. Para solicitar restricciones, usted debe presentar su solicitud por escrito a la persona encargada de su tratamiento. En su solicitud, usted debe indicarnos qué información desea limitar, el tipo de limitación y respecto de quién desea que se aplique la limitación; por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge. (Si usted lo solicita, se le remitirá un formulario a tal efecto.)

**Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted para informarle sobre citas u otros asuntos relacionados con su tratamiento en una forma específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted únicamente en su centro de trabajo o vía correo electrónico. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe formular su solicitud por escrito a la persona encargada de su tratamiento. (Si usted lo solicita, se le remitirá un formulario a tal efecto.) Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea que se pongan en contacto con usted. Tomaremos en cuenta todas las solicitudes razonables.

**Derecho a recibir una copia impresa del presente aviso:** Puede pedirnos una copia del presente Aviso en cualquier momento. Aun cuando usted haya convenido en recibir el presente Aviso por medios electrónicos, tiene derecho a recibir una copia impresa del mismo. Para obtener una copia impresa del presente Aviso, póngase en contacto con el Funcionario de Divulgación de Datos Personales del Condado de Solano, al (707) 784-2962. También puede obtener una copia del presente Aviso en nuestro sitio web, <http://www.solanocounty.com>.

**Quejas:** Usted tiene derecho a presentar una queja si considera que sus derechos relativos a la divulgación de datos personales han sido vulnerados. No se puede emprender ninguna acción en su contra por la presentación de una queja. Si usted considera que sus derechos relativos a la divulgación de datos personales han sido vulnerados, puede presentar una queja ante nuestro despacho o ante el gobierno federal. Para presentar una

queja ante nuestro despacho, o si usted tuviera algún comentario o pregunta en relación con nuestras prácticas de divulgación de los datos personales, puede ponerse en contacto con el enlace del departamento HIPAA para el departamento del Condado de Solano en lo que refiere a su queja, o puede ponerse en contacto con el Funcionario de Divulgación de Datos Personales HIPAA del Condado de Solano dirigiéndose a:

También puede presentar una queja ante el Gobierno Federal, remitiéndola a:

Solano County HIPAA Privacy Officer  
675 Texas Street  
Fairfield, CA 94533  
(707) 784-3199

Region IX, Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
50 United Nations Plaza, Room 322  
San Francisco, CA 94102 (415) 437-8310

*Revisado 090604*  
*Revisado 030905*