



Constancia de recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad

He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Trinity County Behavioral Health para la Información Protegida sobre Salud y se me ha dado la oportunidad de revisar la Notificación antes de firmarla. Trinity County Behavioral Health se reserva el derecho de modificar en cualquier momento los términos de su Notificación de Prácticas de Privacidad para la Información Protegida sobre Salud. En caso de que los términos de la Notificación de Prácticas de Privacidad sean modificados, puedo obtener una copia de la Notificación revisada poniéndome en contacto con esa institución en cualquier momento, después de haberse producido el cambio o cuando realice mi próxima visita.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTA INFORMACIÓN. HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO Y SOY EL CONSUMIDOR O ESTOY AUTORIZADO A ACTUAR EN NOMBRE DEL CONSUMIDOR PARA FIRMAR ESTE DOCUMENTO. CON LA FIRMA DE ESTE FORMULARIO, DECLARO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE UTILICE Y REVELE MI INFORMACIÓN SOBRE SALUD PARA LOS FINES DESCRITOS, Y POR ESTE MEDIO EXPRESO MI CONFORMIDAD PARA EL TRATAMIENTO.

Firma del Consumidor/Representante Autorizado _____

*Vínculo del Representante con el Consumidor _____

Fecha: _____

Nombre del Consumidor en letra de molde: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

*Por favor, indique el vínculo del Representante con respecto al Consumidor e incluya una descripción de la autoridad del Representante para actuar en nombre del Consumidor.

Accedo a que se use y revele mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones, pero solicito que se apliquen determinadas restricciones (para más detalles véase formulario Derechos de Acceso)

Accedo a que se use y revele mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones, pero solicito que ustedes se pongan en contacto conmigo en una locación alternativa o por medios alternativos (para más detalles véase formulario Derechos de Acceso)

TRINITY COUNTY BEHAVIORAL HEALTH
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Si tiene preguntas sobre esta notificación, póngase en contacto con el funcionario Responsable de Privacidad.

Kings View está comprometida a proteger su información personal de salud y deseamos asegurarle que somos conscientes de la índole sensible y personal de la información suministrada a nosotros durante el transcurso de su tratamiento. También deseamos que tenga conocimiento de cómo es usada y conservada aquí, la información protegida sobre su salud.

A fin de brindarle una atención de calidad y cumplir determinadas exigencias legales, hemos creado un registro de los servicios que recibe de nosotros.

La ley nos exige lo siguiente:

- Garantizar que la información que lo identifica a Usted mantenga su carácter privado;
- Darle a conocer nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre Usted; y
- Cumplir los términos vigentes en la actualidad en materia de notificaciones.

Las categorías siguientes describen las diferentes maneras en que usamos y revelamos su información de salud. Le ofreceremos ejemplos de cada una de las categorías para ayudar a explicar el propósito de la revelación, pero no se enumerarán todos los usos o revelaciones dentro de esa categoría. Sin embargo, todas las vías que nos están permitidas para usar y revelar su información serán incluidas dentro de una de esas categorías. **Los programas Contra El Alcoholismo y La Drogadicción cuentan con leyes muy estrictas con respecto a la privacidad y usted habrá notado que hemos identificado las áreas en las que leyes difieren de nuestros Centros de Salud Mental y Experiencia Laboral.**

- **Tratamiento**

Podemos utilizar la información sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios. La información sobre usted puede ser compartida entre el personal de Kings View que participa en su tratamiento con vistas a la coordinación de la atención entre programas dentro de Kings View, para fines de referencia y tratamiento.

Para los clientes de Salud Mental y de Experiencia Laboral podemos compartir también información con otros, aparte de Kings View, que intervengan en su atención. Los médicos, enfermeras, terapeutas, gerentes de caso, y otro personal clínico que participe en su atención pueden compartir la información acerca de usted a fin de coordinar servicios o determinar cómo satisfacer mejor sus necesidades. Por ejemplo, si usted y su terapeuta consideran que pueden necesitar ayuda para encontrar una vivienda

Tratamiento (continuado)

apropiada, se puede llevar a cabo una asesoría de caso y así poner en conocimiento de sus necesidades específicas al gerente de caso.

En el caso de Servicios de Salud Mental, las visitas a domicilio pueden ser parte de los servicios prestados a Usted, y los médicos o enfermeras pueden necesitar compartir la información acerca de usted con su farmacia, a fin de obtener recetas rellenas, o con una enfermera escolar, si los medicamentos ordenados por nosotros se administran durante el horario escolar. El personal puede necesitar revelar la información acerca de usted al hacer una remisión para un hospital psiquiátrico, en caso de necesitar tratamiento de internamiento hospitalario, o en una emergencia psiquiátrica si se considera necesario para proteger la salud y seguridad de usted o de otros. En el caso de nuestros programas Contra El Alcoholismo y otros programas Contra La Drogadicción, haremos estas remisiones sólo con su consentimiento por escrito, en correspondencia con las leyes federales.

- **Pago**

Si es cliente de uno de nuestros Centros de Salud Mental o de Experiencia Laboral, podemos usar y revelar la información de salud sobre Usted de modo que el tratamiento y los servicios que reciba aquí se le puedan facturar y cobrar a Usted, a una compañía de seguros, o a un tercero. Por ejemplo, puede que se nos solicite informar a su plan de salud o al Departamento de Salud Mental del Condado para el cual lo estamos tratando, los servicios específicos que está recibiendo, y las fechas de esos servicios. También podemos informar al plan de salud sobre un tratamiento que va recibir, con vistas a obtener aprobación previa para determinados servicios si, por ejemplo, usted necesitara ser hospitalizado. En el caso de nuestros programas Contra El Alcoholismo y otros programas Contra La drogadicción, haremos estas remisiones sólo con su consentimiento por escrito, en correspondencia con las leyes federales.

- **Operaciones de Salud**

Podemos usar y revelar información personal sobre Usted para las operaciones en clínicas. Estos usos y revelaciones son necesarios para seleccionar la clínica y garantizar que todos nuestros consumidores reciban una atención de calidad. Por ejemplo, la información sobre usted contenida en su expediente médico, podemos usarla para revisar nuestro tratamiento y servicios, y para evaluar el trabajo del personal que lo atiende. Podemos revelar también información a los encargados de revisar nuestros procedimientos y prácticas, para verificar si cumplimos las regulaciones y que los servicios que le brindamos cumplen con los patrones aceptables de atención.

En general, no podemos decirle a una persona que esté fuera de nuestro programa, y que no sea un proveedor de sus servicios de salud o un representante de su plan de salud, que Usted se encuentra en nuestro programa, o revelar ninguna información que lo identifique como una persona que recibe tratamiento de Salud Mental o por Alcoholismo y Drogadicción, excepto en los casos siguientes:

Operaciones de Salud (continuado)

- 1) Usted lo autoriza por escrito.
- 2) La revelación está autorizada por una orden judicial.
- 3) La revelación es hecha al personal de salud en una emergencia médica o psiquiátrica o al personal calificado para la auditoría o evaluación del programa.
- 4) La revelación es para reportar presuntos casos de abuso infantil o abandono.
- 5) La revelación es para reportar a las autoridades locales un crimen cometido por un consumidor que forma parte del programa o contra cualquier persona que trabaje para el programa, o para informar sobre cualquiera amenaza de cometer tal crimen.

Además, para los clientes de Experiencia Laboral y Salud Mental podemos revelar información cuando:

- 6) La revelación es para informar a las autoridades locales de una presunta intención de agredir físicamente a otra persona y sobre la persona hacia la que está dirigida la agresión.
- 7) La revelación se le hace a su padre, representante legal o tutor, si Usted es un menor o persona bajo conservatoría y podría perjudicarlo que se revelara información sobre su tratamiento.
- 8) La revelación es para reportar a las autoridades locales un caso de abuso o abandono de una persona anciana o un adulto dependiente.
- 9) En caso de emergencia cuando se nos solicita hacer una evaluación sobre Usted y hacer los arreglos para su hospitalización involuntaria si se considera que usted, como resultado de un trastorno mental, puede representar un peligro para sí mismo o para los demás, o sea incapaz de satisfacer sus necesidades básicas de alimento, vestido y abrigo.
- 10) Podemos usar y revelar la información sobre su salud, cuando sea necesario, para impedir una amenaza seria para su salud y seguridad, o la salud y seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, cualquier revelación se haría solo a alguien capaz de ayudar a impedir la amenaza.
- 11) La revelación se hace para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otros.
- 12) La revelación es para informar al Departamento de Salud Pública la opinión del psiquiatra de que su estado mental menoscaba su capacidad para manejar.

Recordatorios de consulta

Podemos usar y revelar información limitada para ponernos en contacto con Usted como un recordatorio de que tiene una consulta, para cambiar la fecha de una consulta, o para ponernos en contacto con usted cuando falte a una de sus consultas.

Actividades de Supervisión de Salud

Podemos revelar información de salud sobre Usted a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para las agencias federales, estatales, y locales del gobierno con vistas a supervisar

el sistema de salud, programas gubernamentales, y el cumplimiento de las leyes en materia de derechos civiles.

Procesos y litigios

Si Usted está implicado en un proceso o litigio, podemos revelar la información de salud sobre Usted en cumplimiento de una orden judicial. Para clientes comprendidos en el plan de Alcoholismo y Drogadicción, cualquier orden judicial se tendrá que obtener a tenor del Código 42 de las Regulaciones Federales.

Para nuestros clientes de Salud Mental y Experiencia Laboral, la información se puede emitir en respuesta a una citación judicial; una petición de descubrimiento, u otra petición legal a condición de que:

- Hayamos recibido una declaración por escrito o documentación demostrando que la parte solicitante ha obtenido una orden judicial, o;
- Si la citación judicial es un auto de comparecencia ante el tribunal, nos presentaremos ante el tribunal con la información solicitada, pero no la divulgaremos hasta tanto no se nos haya ordenado.

Cumplimiento de la Ley

Podemos dar a conocer información restringida de salud al funcionario encargado del cumplimiento de la ley sólo por orden judicial en el caso de nuestros clientes del plan contra el alcoholismo y la drogadicción. Si se trata de nuestros clientes de Salud Mental y Experiencia Laboral, divulgaremos información:

- En respuesta a una orden judicial
- Sobre actividades criminales en nuestro programa, o contra cualquier persona que trabaje para nuestro programa, o sobre cualquier amenaza de cometerse tal crimen;
- Si sospechamos que Usted tiene intenciones de agredir físicamente a otra persona (y también a la persona a la que estaría destinada la agresión).

Jueces de instrucción o médicos forenses

Podemos divulgar información médica a un juez de instrucción o médico forense como lo establece la ley. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona fallecida o determinar la causa de muerte.

Seguridad nacional y actividades de inteligencia

Podemos divulgar información de salud sobre Usted a funcionarios federales autorizados, encargados de actividades de seguridad nacional, según lo establece la ley.

Servicios de protección para el Presidente y otros

Podemos revelar información de salud sobre Usted a funcionarios federales autorizados, de modo que puedan garantizar la protección al Presidente, de otras personas autorizadas o de jefes de estado extranjeros, o realicen investigaciones especiales según lo establecido por la ley.

Reclusos

Si Usted es recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de ejecución de la ley, podemos divulgar la información de salud sobre usted a la institución correccional o al funcionario de ejecución de la ley. Esta divulgación podría ser necesaria (1) para la institución, con vista a brindarle atención médica; (2) para proteger su salud y su seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD ACERCA DE USTED

Tiene los derechos siguientes con respecto a la información de salud que mantenemos acerca de usted:

El derecho a inspeccionar y copiar

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Pueden existir algunas excepciones en cuanto a este derecho, tales como cuando la información solicitada contenga información específica que identifique a otras personas, o para los clientes de salud mental, cuando un profesional licenciado en atención a la salud considere que el acceso a esa información puede poner en peligro la vida o la seguridad física de usted u otra persona.

Además, tiene el derecho a tener cualquier denegación del acceso a su información revisada por otro profesional licenciado en atención a la salud designado por esta agencia para revisar las quejas de consumidor y que no participó en la decisión original de denegación. Cumpliremos con los resultados de esta revisión.

Para inspeccionar y copiar su información de salud, deberá presentar su solicitud por escrito, indicando en qué institución recibe la atención. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar derechos por los costos de reproducción, envío, compilación de resumen, u otros servicios relacionados con su solicitud. Los costos totales dependerán del número de páginas de las que se haya solicitado copia y enviado por correo. La información con respecto a los derechos a cobrar se le puede suministrar antes de que se hayan hecho las copias.

Derecho de enmienda

Si considera que la información de salud que tenemos sobre Usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que la enmendemos. Tiene derecho a solicitar la enmienda mientras la información sea conservada por o para nosotros.

Para pedir una enmienda, su solicitud deberá ser hecha por escrito y presentada a la institución de Kings View donde usted está recibiendo atención. Además, deberá exponer una razón que justifique su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud si no se ha hecho por escrito o no incluye una razón que justifique la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide que enmendemos la información que:

- No fue elaborada por nosotros, a menos que la persona o entidad que elaboró la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No sea parte de la información conservada por o para nosotros;
- No sea parte de la información que se podría autorizar inspeccionar y copiar; o
- Sea exacta y completa.

Derecho a rendición de cuentas de las revelaciones:

Usted tiene derecho a una “rendición de cuentas de las revelaciones.” Se trata de una lista de las revelaciones que hemos hecho de la información de salud sobre su persona, aparte de la que hayamos entregado previa su autorización por escrito, o para divulgaciones utilizadas con propósitos de tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de la salud, y que son para fines diferentes a los descritos anteriormente.

Para solicitar una lista o rendición de cuenta de las revelaciones, Usted deberá presentar su solicitud por escrito a la institución de Kings View en la que está recibiendo atención. Su solicitud deberá expresar el período de tiempo, el cual no puede ser mayor de seis años, ni incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud deberá indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente).

La primera lista que solicite en un período de doce meses será gratuita. Puede haber un cobro de derechos por cualquier lista adicional solicitada dentro de un año. Le notificaremos el costo correspondiente y podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de incurrir en cualquier costo.

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a pedir una restricción o limitación en la información de salud que usemos o revelemos sobre usted para tratamiento, pago, u operaciones de salud. También tiene el derecho a solicitar un límite en la información de salud que revelemos sobre usted a alguien que participe en su atención.

No estamos obligados a acceder a sus solicitudes. Si estamos conformes, atenderemos sus solicitudes, a menos que la información se necesite para proporcionarle tratamiento de emergencia o como lo autoriza la ley.

Para solicitar restricciones, deberá hacer su solicitud por escrito a la institución de Kings View en la que esté recibiendo atención. En su solicitud deberá darnos a conocer (1) qué información desea limitar; (2) si usted desea limitar nuestro uso, revelación, o ambos; y (3) a quién desea que se le apliquen los límites, por ejemplo, a su cónyuge.

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales.

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus cuestiones de salud por una vía o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que lo hagamos solo en su trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, deberá hacer su solicitud por escrito a la institución de Kings View en la que esté recibiendo atención. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Derecho a una copia en papel de esta notificación

Tiene derecho a obtener una copia de esta notificación. Puede solicitarnos una copia de esta notificación en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir esta notificación electrónicamente, también tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación. Para obtener dicha copia, póngase en contacto con el buró de atención al público en la instalación de Kings View donde estaba recibiendo cuidados.

CAMBIOS DE ESTA NOTIFICACIÓN

Nos reservamos el derecho de modificar esta notificación. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar esta notificación vigente para la información de salud que ya poseemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia de la notificación actual en el vestíbulo de cada una de las instituciones de Kings View. La fecha en que entra en vigor la notificación se incluirá en la primera página, esquina superior derecha. Además, cada vez que abra su caso para servicios, le ofreceremos una copia de la notificación actual vigente.

QUEJAS

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una denuncia a través de este programa, solicitando una entrevista con el funcionario encargado de la privacidad en la institución de Kings View donde está recibiendo atención, o puede hacerlo con el Jefe de Privacidad de Kings View Corporation en:

Trinity County Behavioral Health**Atención:****P.O. Box 1640****Weaverville CA 96093****(530) 623-1362**

También puede presentar la queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Por el hecho de presentar una queja no será sancionado, intimidado, amenazado, coaccionado, discriminado u objeto de represalias.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Otros usos y revelaciones de la información de salud no estipulados en esta notificación o las leyes que se apliquen en nuestro caso se harán solo con su autorización por escrito. Si nos concede el permiso para usar o revelar información médica sobre usted, puede cancelar ese permiso, por escrito y en el momento que desee. Si cancela su permiso, ya no usaremos o revelaremos la información de salud sobre usted por las razones amparadas por su autorización escrita. Comprenderá que no podemos echar atrás cualquier revelación que ya hayamos hecho con su autorización, y que tenemos la obligación de conservar nuestros registros sobre el cuidado que le suministramos.