

# Notice of Privacy Practices

## Notificación de prácticas de privacidad

**Effective Date: September 23, 2013**

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.

Please review it carefully.

**Fecha de vigencia:** el 23 de Septiembre de 2013

Esta notificación describe cómo información médica acerca de usted se puede usar y puede ser revelada y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

Por favor revísela detenidamente.

(Contenido en español empieza en la página 12.)



**Clinicas de Salud del Pueblo**

## **Notice of Privacy Practices**

**Effective Date:** September 23, 2013

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.

Please review it carefully.

If you have any questions about this notice, please contact our Compliance Officer at (760) 352-2257

Effective Date: September 23, 2013

## **WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE**

This notice describes Clinicas de Salud del Pueblo's (CSDSP) practices and that of:

- Any health care professional authorized to enter information into your medical chart
- All departments of CSDSP
- Any member of a volunteer group we allow to help you while you are at CSDSP
- All employees, staff and other medical personnel
- Blythe Health Clinic, Brawley Dental, Brawley Health Clinic, Brawley Open Access Health Center, Calexico Dental, Calexico Health Clinic, Coachella Health Clinic, Corporate Offices, Ehman Women's Center, El Centro Health Clinic, Indio Health Clinic, Mecca Dental, Mecca Health Clinic, Niland Health Clinic, Outreach, West Shores Health Clinic and Winterhaven Health Clinic

All these CSDSP medical and dental centers, sites, and locations follow the terms of this notice. In addition, these sites and locations may share medical information with each other for treatment, payment or health care operation purposes described in this notice.

## **OUR PLEDGE REGARDING MEDICAL INFORMATION:**

We understand that medical information about you and your health is personal. CSDSP is committed to protecting medical information about you. We create a record of the care and services you receive at CSDSP. We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. This notice applies to all of the records of your care generated by Clinicas de Salud de Pueblo.

This notice will tell you about the ways in which we may use and disclose medical information about you. We also describe your rights and certain obligations we have regarding the use and disclosure of medical information.

We are required by law to:

- Make sure that medical information that identifies you is kept private (with certain exceptions);
- Give you this notice of our legal duties and privacy practices with respect to medical information and you; and
- Follow the terms of the notice that is currently in effect.

## **HOW WE MAY USE AND DISCLOSE MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU**

The following sections describe different ways that we may use and disclose your medical information. For each category of uses or disclosures we will describe them and give some examples. Some information, such as certain drug and alcohol information, HIV information and mental health information, is entitled to special restrictions related to its use and disclosure. Clinicas de Salud del Pueblo CSDP abides by all applicable state and federal laws related to the protection of this information. Not every use or disclosure will be listed. All of the ways we are permitted to use and disclose information, however, will fall within one of the following categories.

### **DISCLOSURE AT YOUR REQUEST**

We may disclose information when requested by you. This disclosure at your request may require a written authorization by you.

### **USES AND DISCLOSURES REQUIRING AUTHORIZATION**

- Disclosures of PHI for marketing purposes
- Disclosures of PHI that constitutes a “sale”

### **FOR TREATMENT**

We may use medical information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose medical information about you to doctors, nurses, technicians, health care students, or other medical personnel who are involved in taking care of you at CSDP. For example, a doctor treating you for a broken leg may need to know if you have diabetes because diabetes may slow the healing process. Different departments of CSDP also may share medical information about you in order to coordinate the different things you need, such as prescriptions, lab work and X-rays. We also may disclose medical information about you to people outside of CSDP who may be involved in your medical care after you leave the CSDP, such as skilled nursing facilities, home health agencies, and physicians or other practitioners.

### **Sharing of Medical Records**

CSDP participates in an arrangement of health care organizations, who have agreed to work with each other, to facilitate access to health information that may be relevant to your care. For example, if you are admitted to a hospital this arrangement will allow us to access your health care information provided to you while you were in the hospital. When it is needed, ready access to your health information means better care for you.

We store health information about our patients on paper and electronic medical record. The health care providers that share records with Clinicas de Salud del Pueblo are Pioneer Memorial Hospital and El Centro Regional Medical Center, and other health care providers may be added.

**FOR PAYMENT**

We may use and disclose medical information about you so that the treatment and services you receive at CSDSP may be billed to and payment may be collected from you, an insurance company or a third party. For example, we may need to give your health plan information about services you received at CSDSP, so your health plan will pay us or reimburse you for the services. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your plan will cover the treatment. We may also provide basic information about you and your health plan, insurance company or other source of payment to practitioners outside of CSDSP who are involved in your care, to assist them in obtaining payment for services they provide to you.

**FOR HEALTH CARE OPERATIONS**

We may use and disclose medical information about you for health care operations. These uses and disclosures are necessary to run CSDSP and make sure that all of our patients receive quality care. For example, we may use medical information to review our medical information we have with medical information from other clinics to compare how we are doing and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also combine medical information about many CSDSP patients to decide what additional service the clinics should offer, what services are not needed, and whether certain new treatments are effective. We may also disclose information to doctors, nurses, technicians, medical students, and other CSDSP personnel for review and learning purpose. We may remove information that identifies you from this set of medical information so others may use it to study health care and health care delivery without learning who the specific patients are.

**Appointment Reminders**

We may use and disclose medical information to contact you as a reminder that you have an appointment, medical or dental care at CSDSP.

**Treatment Alternatives**

We may use and disclose medical information to tell you about or recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you.

**Health-Related Products and Services**

We may use and disclose medical information to tell you about our health-related products or services that may be of interest to you.

**Business Associates**

Some of our functions are accomplished through contracted services provided by business associates. Examples include the copy services we use when making copies of your health record, auditors, and organizations that accredit us.

When these services are contracted, we may disclose your medical information to our business associates so that they can perform the job we have asked them to do. To protect your medical information, however, we require the business associate to appropriately safeguard your information.

### **Fundraising Activities**

We may use medical information about you, or disclose such information to a foundation related to CSDSP, to contact you in an effort to raise money for CSDSP and its operations. We only would release contact information, such as your name, address and phone number and the dates you received treatment or services at the CSDSP. If you do not want CSDSP to contact you for fundraising efforts, you must notify the CSDSP Privacy Officer in writing to 1166 K Street, Brawley, CA 92227.

### **TO INDIVIDUALS INVOLVED IN YOUR CARE OR PAYMENT FOR YOUR CARE**

We may release medical information about you to a friend or family member who is involved in your medical care. We may also give information to someone who helps pay for your care.

In addition, we may disclose medical information about you to an entity assisting in a disaster relief effort so that your family can be notified about your condition, status and location. If you arrive at CSDSP either unconscious or otherwise unable to communicate, we are required to attempt to contact someone we believe can make health care decisions for you (e.g., a family member or agent under a health care power of attorney).

### **FOR RESEARCH**

Under certain circumstances, we may use and disclose medical information about you for research purposes. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all patients who received one medication to those who received another, for the same condition. All research projects, however, are subject to a special approval process. This process evaluates a proposed research project and its use of medical information. Before we use or disclose medical information for research, the project will have been approved through this research approval process, but we may, however, disclose medical information about you to people preparing to conduct a research project, for example, to help them look for patients with specific medical needs, as long as the medical information they review does not leave the clinic.

### **AS REQUIRED BY LAW**

We will disclosed medical information about you when required to do so by federal, state or local law.

### **TO AVERT A SERIOUS THREAT TO HEALTH OR SAFETY**

We may use and disclose medical information about you when necessary to prevent a serious

threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would only be to someone able to help prevent the threat.

## **SPECIAL SITUATIONS**

### **MILITARY AND VETERANS**

If you are member of the armed forces, we may release medical information about you as required by military command authorities. We may also release medical information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.

### **INMATES**

If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may disclose medical information about you to the institution or law enforcement official, if the disclosure is necessary (1) for the institution to provide you with health care; (2) to protect your health and safety or the health and safety of others; or(3) for the safety and security of the correctional institution.

### **WORKERS' COMPENSATION**

We may release medical information about you for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

### **PUBLIC HEALTH ACTIVITIES**

We may disclose medical information about you for the public health activities. These activities generally include the following:

- To prevent or control disease, injury or disability;
- To report regarding the abuse or neglect of children, elders and dependent adults;
- To report reactions to medications or problems with products;
- To notify people of recalls of products they may be using;
- To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition;
- To notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law;
- To notify emergency response employees regarding possible exposure to HIV/AIDS, to the extent necessary to comply with state and federal laws.

### **HEALTH OVERSIGHT ACTIVITES**

We may disclose medical information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and

licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights laws.

### **LAWSUITS AND DISPUTES**

If you are involved in a lawsuit or dispute, we may disclose medical information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose medical information about you in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request (which may include written notice to you) or to obtain an order protecting the information requested.

### **LAW ENFORCEMENT**

We may release medical information if asked to do so by a law enforcement official:

- In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process;
- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person;
- About the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement;
- About a death we believe may be the result of criminal conduct;
- About criminal conduct at CSDP; and
- In emergency circumstances to report a crime; the location of the crime or victims; or the identity, description or location of the person who committed the crime.

### **CORONERS, MEDICAL EXAMINERS AND FUNERAL DIRECTORS**

We may release medical information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death.

### **MULTIDISCIPLINARY PERSONNEL TEAMS**

We may disclose health information to a multidisciplinary personnel team relevant to the prevention, identification, management or treatment of an abused child and the child's parents, or elder abuse and neglect.

### **SPECIAL CATEGORIES OF INFORMATION**

In some circumstances, your health information may be subject to restrictions that may limit or preclude some uses or disclosures described in this notice. For example, there are special restrictions on the use or disclosure of certain categories of information — e.g., tests for HIV or treatment for mental health conditions or alcohol and drug abuse. Government health benefit programs, such as Medi-Cal, may also limit the disclosure of beneficiary information for purposes unrelated to the program.



## **ELECTRONIC HEALTH CARE RECORDS**

Currently, some or all of your medical information may be stored in an electronic format. When permissible for valid purposes (e.g., providing treatment or billing for services), your health care providers may access your medical information from their offices or other locations outside of the CSDSP. Additionally, CSDSP may act as a business associate (contractor) for physicians or other health care providers who would have the ability to access your medical information stored electronically with our health information exchange partners data storage systems. All access to your medical information will be permitted only in a manner consistent with applicable law.

## **YOUR RIGHTS REGARDING MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU**

You have the following rights regarding medical information we maintain about you.

### **RIGHT TO BE NOTIFIED IN THE EVENT OF A BREACH**

We will notify you if your medical information has been “breached,” which means that your medical information has been used or disclosed in a way that is inconsistent with law and results in it being compromised.

### **RIGHT TO INSPECT AND COPY**

You have the right to inspect and copy medical information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes medical and billing records, but may not include some mental health information.

To inspect and copy medical information that may be used to make decisions about you, you must submit your request in writing. You have the right to obtain an electronic copy of the information in the form and format you request, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request.

We may deny your request to inspect and copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by CSDSP will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will comply with the outcome of the review.

### **RIGHT TO AMEND**

If you feel that medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for CSDSP.

To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the Chief Medical Officer. In addition, you must provide a reason that supports your request.

We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:

- Was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
- Is not part of the medical information kept by or for CSDSP;
- Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or
- Is accurate and complete.

Even if we deny your request for amendment, you have the right to submit a written addendum, not to exceed 250 words, with respect to any item or statement in your record you believe is incomplete or incorrect. If you clearly indicate in writing that you want the addendum to be made part of your medical record we will attach it to your records and include it whenever we make a disclosure of the item or statement you believe to be incomplete or incorrect.

#### **RIGHT TO AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES**

You have the right to request an “accounting of disclosures.” This is a list of the disclosures we made of your medical information about you other than our own uses for treatment, payment and health care operations (as those functions are described above), and with other exceptions pursuant to the law. We may charge you for responding to any additional requests in that same period. We will inform you of any costs before you will be charged anything.

To request this list or accounting of disclosures, you must submit your request in writing. Your request must state a time period which may not be longer than six years and may not include dates before April 14, 2003. Your request should indicate in what form you want the list (for example, on paper or electronically). The first list you request within a 12-month period will be free.

For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

#### **OUR RIGHT TO CHECK YOUR IDENTITY**

For your protection, we may check your identity whenever you have questions about your treatment or billing activities. We will check your identity whenever we get requests to look at, copy or amend your records or to obtain a list of disclosures of your medical information.

## **RIGHT TO REQUEST RESTRICTIONS**

You have the right to request a restriction or limitation on the medical information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the medical information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about treatment you had.

## **RESTRICTING CERTAIN DISCLOSURES**

You have the right to restrict certain disclosures of your protected health information PHI to health plans when you pay cash in full for a health care item such as office visit, lab, x-ray, prescriptions or other service. For example "If CSDSP agrees to restriction based on your request and your out-of-pocket payment for items or services in full, then we may not share this specific information with your 'health plan.' The definition of 'health plan' does include voluntary prescription drug benefit programs that may be so suggested."

***We are not required to agree to your request.*** If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.

To request restrictions, you must make your request in writing. In your request, you must tell us:

- what information you want to limit;
- whether you want to limit our use, disclosure or both; and
- to whom you want the limits to apply, for example, you have the right to request that we communicate with you disclosures to your spouse.

## **RIGHT TO REQUEST CONFIDENTIAL COMMUNICATIONS**

You have the right to request that CSDSP contact you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail.

To request confidential communications, you must make your request in writing. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

## **RIGHT TO A PAPER COPY OF THIS NOTICE**

You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time.

**You may obtain a copy of this notice at our website: [www.cdsdp.org](http://www.cdsdp.org).**

Copies of the Notice are available at all locations or you may call and ask us to mail you a copy.

## **CHANGES TO THIS NOTICE**

We reserve the right to change this notice and our privacy practices at any time, as long as the change is consistent with state and federal law. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for medical information we already have about you as well as any information we receive in the future. If we make an important change to our privacy practices, we will promptly change this notice and post a new notice at the following Internet address: **[www.cdsdp.org](http://www.cdsdp.org)**. The notice will contain the effective date on the first page, in the top right-hand corner.

### **Questions or complaints**

If you have any questions about this Notice, please contact the Compliance and HIPAA Privacy Officer at Clinicas de Salud del Pueblo, El Centro, California 92227, telephone number (760) 352-2257.

If you believe your privacy rights have not been followed as directed by federal regulations and state law or as explained in this Notice, you may file a complaint with the Clinic Manager, at the location where you receive services or the CSDSP Compliance and HIPAA Privacy Office at Clinicas de Salud del Pueblo, 651 Wake Ave., El Centro, California 92243, telephone number (760) 352-2257, or to file a written complaint contact the Secretary of the Department of Health and Human Services.

If you would like to exercise any of the rights discussed in this Notice regarding services received at CSDSP or have any questions about this Notice, please contact: Compliance and Privacy Office, 651 Wake Avenue, El Centro, CA 92243.

**You will not be penalized for filing a complaint.**

### **OTHER USES OF MEDICAL INFORMATION**

Other uses and disclosures of medical information not covered by this Notice will be made only with your written permission. If you provide us permission to use or disclose medical information about you, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or disclose medical information about you for the reasons covered by your written permission. We are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and we will retain our records of the care provided to you as required by law.

## **Notificación de prácticas de Privacidad**

**Fecha de vigencia:** el 23 de Septiembre de 2013

Esta notificación médica acerca de usted se puede usar y puede ser revelada y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

Por favor revísela detenidamente.

Si tiene alguna pregunta acerca de este informe, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad al  
(760) 352-2257.

Fecha de vigencia: el 23 de Septiembre de 2013

## **QUIEN DEBE CUMPLIR CON ESTE INFORME**

Este informe describe las normas de nuestra clínica y de:

- Todo profesional médico que tenga autorización para ingresar su información médica en su expediente de CSDSP
- Todos los departamentos y unidades de CSDSP
- Todos los miembros de grupos voluntarios a quienes permitimos que le ayuden mientras se encuentre en CSDSP
- Todos los empleados y miembros del personal de CSDSP
- Blythe Health Clinic, Brawley Dental, Brawley Health Clinic, Brawley Open Access Health Center, Calexico Dental, Calexico Health Clinic, Coachella Health Clinic, Corporate Offices, Ehman Women's Center, El Centro Health Clinic, Indio Health Clinic, Mecca Dental, Mecca Health Clinic, Niland Health Clinic, Outreach, West Shores Health Clinic and Winterhaven Health Clinic

Todas estas entidades, sitios y lugares cumplen con los términos del informe. Asimismo, estas entidades, sitios y lugares pueden compartir información médica entre sí para fines de tratamiento, pagos o gestiones administrativas de atención médica que se describen en este informe.

## **NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACION MEDICA**

Entendemos que su información médica y su salud son personales. Estamos comprometidos a proteger la información médica acerca de usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe en la clínica. Necesitamos este registro con el fin de brindarle una excelente atención y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este informe se aplica a todos los registros de su atención que hayan sido originados en CSDSP, ya sean creados por el personal de CSDSP o por su médico personal. Su médico personal puede tener otras normas o informes con respecto al uso y divulgación que los médicos efectúen de su información médica que haya sido creada en el consultorio del médico o en la clínica.

Este informe explica las maneras en las que podemos usar y divulgar la información médica acerca de usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su información médica.

La ley requiere que nosotros:

- Aseguremos que la información médica que lo identifique se mantenga en forma confidencial (con ciertas excepciones);
- Le entreguemos este informe con nuestras obligaciones legales y normas de confidencialidad con respecto a la información médica acerca de usted; y

- Cumplamos con los términos del informe vigente.

## **SITUACIONES EN LAS QUE PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA**

Las siguientes categorías describen diversos modos en los que utilizamos y divulgamos información médica. En cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que significa e intentaremos darle algunos ejemplos. Parte de la información, tales como la droga y el alcohol, información de VIH e información de salud mental, tiene derecho a restricciones especiales relacionadas con su uso y divulgación. Clínicas de Salud del Pueblo CDSDP acata todas las leyes estatales y federales relacionadas con la protección de esta información. No se incluyen todos los usos o divulgaciones de las categorías. Sin embargo, todas las maneras en las que tenemos autorización de utilizar y divulgar información pertenecen a una de las categorías.

### **DIVULGACION A PETICION SUYA**

Podemos divulgar información cuando usted así lo solicite, para lo cual podría ser necesario que nos otorgara su autorización por escrito.

### **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN**

- Divulgaciones de PHI para propósitos de marketing
- Divulgaciones de la PHI que constituye una "venta"

### **PARA FINES DE TRATAMIENTO**

Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Es posible que divulguemos información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de atención de la salud, estudiantes de medicina u otro personal de CDSDP que participe en su atención en CDSDP. Por ejemplo, es posible que un médico que le está dando tratamiento por una fractura en la pierna necesite saber si usted padece de diabetes debido a que esta afección puede retardar el proceso de cicatrización. Asimismo, es posible que el médico necesite decidir al dietista si usted tiene diabetes para que pueda disponer comidas adecuadas. Es posible que diversos departamentos de CDSDP también necesiten compartir información médica acerca de usted con el fin de coordinar los diferentes servicios que usted necesita, como por ejemplo recetas médicas, análisis y radiografías. También podemos divulgar información médica acerca de usted a personas ajenas a CDSDP que puedan participar en su atención médica después de que usted deje CDSDP, como por ejemplo centros especializados de enfermería u organizaciones de atención médica residencial, y médicos u otros profesionales médicos. Por ejemplo, a su médico podríamos otorgarle acceso a su información médica para ayudarle a brindarle tratamiento.

### **INTERCAMBIO DE REGISTROS MÉDICOS**

CDSDP participa en un arreglo de organizaciones de atención médica, que han acordado trabajar juntos, para facilitar el acceso a la información de salud que pueda ser pertinente

para su atención. Por ejemplo, si usted es admitido a un hospital este acuerdo nos permitirá acceder a su información médica proporcionada a usted mientras estabas en el hospital. Cuando es necesario, fácil acceso a su información de salud significa mejor atención para usted.

Almacenamos información médica acerca de nuestros pacientes sobre papel y registro médico electrónico. Los proveedores de salud que comparten registros con Clínicas de Salud del Pueblo son Pioneer Memorial Hospital y El Centro Regional Medical Center, y otros pueden agregarse.

### **PARA EFECTUAR COBROS**

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted con el fin de facturar el tratamiento y los servicios que usted recibe en CSDSP y poder cobrarle a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud información acerca de una cirugía a la que usted se sometió en CSDSP de modo que su plan nos pague a nosotros o le reintegre a usted el costo de la cirugía. También podemos informarle a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted recibirá en el futuro a fin de obtener autorización previa o determinar si su plan cubre o no cubre el tratamiento. También podemos suministrar información básica acerca de usted y su plan de salud, compañía de seguros u otra fuente de pago a los médicos ajenos CSDSP que participen en su atención a fin de asistirles a obtener el pago por servicios que le brinden.

### **PARA EFECTUAR GESTIONES ADMINISTRATIVAS DE ATENCION MEDICA**

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted con el fin de desempeñar gestiones administrativas de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el CSDSP y asegurar que todos nuestros pacientes reciban una excelente atención. Por ejemplo, podemos utilizar información médica con el fin de evaluar nuestro tratamiento y servicios y el desempeño del personal que le brinda atención a usted. También podemos combinar información médica acerca de muchos pacientes del CSDSP con el fin de decidir que otros servicios debería ofrecer el CSDSP, que servicios no son necesarios y para evaluar la eficacia de ciertos tratamientos nuevos. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros miembros del personal del CSDSP para fines de evaluación y aprendizaje. Asimismo, podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otros CSDSP es con el fin de comparar nuestro desempeño y determinar qué aspectos de la atención y servicios que ofrecemos podemos mejorar. Podemos eliminar información que lo identifique de esta combinación de informaciones médicas de modo que otras personas puedan utilizarla con el fin de estudiar la atención médica y la prestación de atención médica sin saber quiénes son los pacientes en particular.



**Recordatorios de citas**

Podemos utilizar y divulgar información médica con el fin de comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica en el CDSDP.

**Alternativas de tratamiento**

Podemos utilizar y divulgar información médica con el fin de informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

**Productos y servicios médicos**

Podemos utilizar y divulgar información médica con el fin de informarle acerca de productos o servicios médicos que puedan serle de interés.

**Asociados de Negocios**

Algunas de las funciones se llevan a cabo a través de servicios contratados prestados por asociados de negocios. Los ejemplos incluyen los servicios de copiado que utilizamos cuando hacemos copias de su expediente médico, los auditores y las organizaciones que nos acreditan.

Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestros colaboradores para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Para proteger su información médica, sin embargo, requerimos que el asociado de negocios para salvaguardar apropiadamente su información.

**Actividades de recaudación de fondos**

Podemos usar su información médica o divulgar dicha información a una fundación relacionada con el CDSDP para que se comunique con usted a fin de recaudar fondos para el CDSDP y sus gestiones. Solo divulgaremos la información necesaria para comunicarse con usted, como por ejemplo su nombre, su domicilio y número de teléfono y las fechas en las que recibió tratamiento o servicios en el CDSDP. Si no desea que el CDSDP se comunique con usted para fines de recaudación de fondos, debe informar a nuestro Oficial de Privacidad por escrito al 1166 K Street, Brawley, CA 92227.

**PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU ATENCION MÉDICA Y PAGO POR LA MISMA**

Podemos divulgar información médica acerca de usted a un amigo o familiar que participe en su atención médica. También podemos dar información a alguien que ayude a pagar su atención médica.

Asimismo, podemos divulgar información médica acerca de usted a una entidad que colabore en las labores de asistencia social en caso de ocurrir una catástrofe de modo de poder informar a su familia acerca de su estado y ubicación. Si al llegar al departamento de emergencia usted está inconsciente o por cualquier otra razón no puede comunicarse, se nos

exige que intentemos comunicarnos con alguna persona que consideremos puede tomar decisiones de atención de la salud en representación suya (por ejemplo, un familiar o representante designado mediante un poder de atención de la salud).

## **INVESTIGACION**

En ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede comprender la comparación de la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con otros que recibieron otro medicamento para el mismo cuadro clínico. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están supeditados a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con las necesidades de los pacientes en cuanto a la confidencialidad de su información médica. Antes de utilizar o divulgar información médica con fines de investigación, el proyecto habrá sido aprobado mediante este proceso de aprobación de investigaciones. Sin embargo, podemos divulgar información médica acerca de usted a las personas que están preparando la conducción de un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a encontrar pacientes que tengan necesidades médicas específicas, siempre que la información médica que consulten no salga del CSDSP. Casi siempre pediremos su autorización específicamente si el investigador tendrá acceso a su nombre, domicilio o a otra información que revele su identidad, o si participara en su atención en el CSDSP.

## **SEGUN LO REQUIERA LA LEY**

Divulgaremos información médica acerca de usted cuando lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

## **CON EL FIN DE PREVENIR UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O SEGURIDAD**

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, toda divulgación se efectuara únicamente a la persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

## **SITUACIONES ESPECIALES**

### **MILITARES Y EX COMBATIENTES**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica acerca de usted según lo requieran las autoridades militares de comando. También podemos divulgar información médica acerca de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

### **PRESOS**

Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley,

podemos divulgar información médica acerca de usted a la institución o al funcionario policial, si la divulgación es necesaria (1) para que la institución le ofrecemos la salud cuidado, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

### **COMPENSACION AL TRABAJADOR**

Podemos divulgar información médica acerca de usted a programas de compensación al trabajador o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios en casos de lesiones o enfermedades laborales.

### **ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA**

Podemos divulgar información médica acerca de usted para realizar actividades de salud pública. En general estas actividades incluyen lo siguiente:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Denunciar el abuso o la negligencia de menores, personas de edad avanzada y adultos a cargo;
- Dar parte de reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Informar a las personas si se retiran del mercado ciertos productos que puedan estar usando;
- Informar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- Informar a las autoridades gubernamentales correspondientes si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo efectuaremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley.
- Informar a los empleados de reacción ante emergencias acerca de la posible exposición al VIH/ SIDA hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes estatales y federales.

### **ACTIVIDADES DE SUPERVISION DE SERVICIOS MEDICOS**

Podemos divulgar información médica a una organización de supervisión de servicios médicos para realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

### **DEMANDAS Y DISPUTAS**

Si usted es parte de una demanda o una disputa, podemos divulgar información médica acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica acerca de usted en respuesta a un citatorio, pedido de

revelación o a otro acto procesal legítimo de otra de las partes de la disputa, pero únicamente si se ha intentado informarle acerca del pedido (lo cual puede incluir una notificación por escrito para usted) o de obtener una orden que proteja la información solicitada.

### **CUMPLIMIENTO DE LA LEY**

Podemos divulgar información médica si lo solicita un funcionario del cumplimiento de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citatorio, mandato judicial, auto de comparecencia o procedimiento similar;
- Con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un delito si en determinadas circunstancias limitadas no podemos obtener el acuerdo de la persona;
- Acerca de un fallecimiento que consideramos que puede ser consecuencia de un delito;
- Acerca de conductas delictivas en CSDSP;
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, la descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

### **MEDICOS FORENSES Y DIRECTORES DE FUNERALES**

Podemos divulgar información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica acerca de pacientes de CSDSP a directores de funerales según sea necesario para desempeñar sus tareas.

### **EQUIPOS DE PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO**

Podemos divulgar información de la salud a un equipo de personal multidisciplinario que sea pertinente para la prevención, identificación, control o tratamiento de un menor maltratado y sus padres o el abuso o la negligencia de personas de edad avanzada.

### **CATEGORIES ESPECIALES DE INFORMACION**

Bajo algunas circunstancias su información médica puede quedar sujeta a limitaciones que pueden restringir o impedir algunos usos o divulgaciones descritas en este informe. Por ejemplo, hay limitaciones especiales sobre el uso y la divulgación de ciertas categorías de información, como por ejemplo los resultados de los análisis de detección del VIH o el tratamiento para padecimientos de salud mental o alcoholismo y drogadicción. Los programas gubernamentales de beneficios médicos, como Medí-Cal, también pueden restringir la divulgación de la información de los beneficiarios para propósitos que no se relacionen con el programa.

## **REGISTROS DE SALUD ELECTRÓNICA**

En la actualidad, una parte o toda su información médica puede ser almacenada en un formato electrónico. Cuando permitida para fines válidos (por ejemplo, proporcionando el tratamiento o la facturación de los servicios), sus proveedores de atención médica pueden acceder a su información médica de sus oficinas o en otros lugares fuera de la CDSDP. Además, CDSDP puede actuar como un socio de negocios (contratista) para los médicos u otros profesionales de la salud que tendrían la posibilidad de acceder a su información médica almacenada electrónicamente con nuestros sistemas de intercambio de información de almacenamiento de datos asociados para la salud. Todo el acceso a su información médica sólo se permitirá de una manera consistente con la ley aplicable.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos acerca de usted.

### **DERECHO A LA NOTIFICACIÓN EN CASO DE INCUMPLIMIENTO**

Nosotros le notificaremos si su información médica ha sido "violada," lo que significa que su información médica ha sido utilizada o revelada de una manera que es incompatible con la legislación y los resultados en que se vea comprometida.

### **DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR**

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones acerca de su atención. En general, esto incluye expedientes médicos y de facturación, pero puede no incluir cierta información de salud mental.

Para inspeccionar y copiar información médica que puede ser usada para tomar decisiones sobre usted, debe presentar su solicitud por escrito. Usted tiene el derecho de obtener una copia electrónica de la información en la forma y formato que usted solicita, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío u otros suministros relacionados con su solicitud.

Para inspeccionar y copiar información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones acerca de usted, debe presentar su solicitud por escrito. Si solicita una copia de la información, podremos cobrar una cuota por el costo de las copias, envío u otros artículos relacionados con su solicitud.

Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar la revisión de la negativa. Otro profesional médico licenciado que sea seleccionado por el CDSDP examinará su solicitud y la negativa. La persona que lleve a cabo la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

## **DERECHO DE ENMIENDAS**

Si usted considera que la información médica que tenemos en nuestro poder acerca de usted es incorrecta o incompleta, usted puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para el CSDSP.

Para solicitar una enmienda, su solicitud debe presentarse por escrito. Asimismo, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud.

Podemos negar su solicitud de enmienda si no se presenta por escrito o si no incluye un motivo que respalde la solicitud. Asimismo, podemos negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que:

- No haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que haya creado la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No sea parte de la información médica conservada por o para el CSDSP;
- No sea parte de la información que usted tendría derecho de inspeccionar y copiar;
- Sea correcta y este completa.

Aun si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar un anexo por escrito de menos de 250 palabras con respecto a cualquier punto o declaración de su expediente que usted considere incompleta o incorrecta. Si usted indica claramente por escrito que desea que el anexo se incorpore a su expediente médico, lo adjuntaremos al mismo y lo incluiremos siempre que efectuemos una divulgación del punto o declaración que usted considera incompleta o incorrecta.

## **DERECHO A RECIBIR UN INFORME DE LAS DIVULGACIONES**

Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones." Esta es una lista de las revelaciones que hemos hecho de su información médica acerca de usted aparte de nuestros propios usos para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica (como las funciones que se describen más arriba), y con otras excepciones de acuerdo a la ley. Podemos cobrarle para responder a cualquier solicitud adicional en ese mismo período. Le informaremos de los costes antes se le cobrará nada.

Para solicitar una lista o informe de las divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito. Su solicitud debe indicar un plazo que debe ser menor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril del 2003. Su solicitud debe indicar de qué forma desea recibir la lista (por ejemplo, impresa, electrónica). La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses es gratuita. Podremos cobrarle el costo de otras listas que solicite. Le informaremos el monto

y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

Además, le notificaremos, según lo requerido por la ley, si la información sobre su salud es obtenida o revelada ilícitamente.

Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Nosotros le notificaremos del costo y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos.

### **NUESTRO DERECHO A VER SU IDENTIDAD**

Para su protección, podemos verificar su identidad cada vez que tenga preguntas acerca de su tratamiento o las actividades de facturación. Vamos a verificar su identidad cada vez que tenemos las peticiones que ver, copiar o modificar sus registros o para obtener una lista de las divulgaciones de su información médica.

### **DERECHO A SOLICITAR LIMITACIONES**

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos divulgamos acerca de usted para fines de tratamiento, pagos o gestiones administrativas de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulgamos acerca de usted a una persona que participe en su atención o para el cobro de la misma, como por ejemplo un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede solicitar que no utilicemos o divulguemos información acerca de una operación a la que se haya sometido.

### **RESTRICCIÓN DE CIERTAS DIVULGACIONES**

Usted tiene el derecho de restringir ciertas divulgaciones de su información de salud protegida PHI a los planes de salud cuando se paga en efectivo en su totalidad para un elemento de cuidado de la salud, tales como visitas al consultorio, laboratorio, rayos x, recetas u otro servicio. Por ejemplo, "Si CSDSP compromete a restricción basada en su solicitud y su pago fuera de su bolsillo por los artículos o servicios en su totalidad, entonces no podemos compartir esta información específica con su" plan de salud". La definición de "plan de salud" no incluye programas de farmacia voluntarias que puedan por lo sugieren".

***No tenemos obligación de estar de acuerdo con su pedido.*** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar limitaciones, debe presentar su pedido por escrito. En su solicitud debe indicar:

- la información que desea limitar,
- si desea limitar el uso, la divulgación o ambos, y

- las personas a quienes debe aplicarse dicha limitación, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

### **DERECHO A SOLICITAR COMUNICADOS CONFIDENCIALES**

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo lo llamemos al trabajo o que le escribamos por correo electrónico.

Para solicitar comunicados confidencial, debe presentar su pedido por escrito. No le pediremos el motivo de su solicitud. Concederemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe indicar el modo o el lugar donde desea que nos comuniquemos con usted.

### **DERECHO A RECIBIR UNA COPIA IMPRESA DE ESTE INFORME**

Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este informe. Puede pedirnos que le demos una copia de este informe en cualquier momento. Aun si ha estado de acuerdo en recibir este informe por correo electrónico, tiene derecho a solicitar una copia impresa del mismo.

**Puede obtener una copia de este informe en nuestra sede en la red: [www.cdspd.org](http://www.cdspd.org)**

Para recibir una copia impresa de este informe en todas las oficinas de CSDSP.

### **CAMBIOS DEL INFORME**

Nos reservamos el derecho de modificar este informe. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia el informe enmendado o modificado para información médica que ya tengamos acerca de usted y para toda la información que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia del informe vigente en el CSDSP. Este informe incluirá la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Asimismo, cada vez que se registre o sea internado en el CSDSP para recibir tratamiento o servicios de atención medica como paciente ambulatorio o internado, le ofreceremos una copia del informe vigente en ese momento.

### **QUEJAS**

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja en el CSDSP o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Para presentar una queja en el CSDSP, debe comunicarse con el Oficial de Privacidad, 1166 K Street, Brawley, CA o al (760) 344-9951. Todas las quejas deben presentarse por escrito.



Si desea ejercer cualquiera de los derechos discutidos en el presente Aviso sobre los servicios recibidos en CSDSP o tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor contacte con: Oficina de Privacidad, 1166 K Street, Brawley, CA 92227.

**No se le aplicaran sanciones por presentar una queja.**

#### **OTROS USOS DE LA INFORMACION MÉDICA**

Se efectuaran otros usos y divulgaciones de la información médica que no esté cubierta por este informe o por las leyes que nos corresponden únicamente con su autorización por escrito. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar información médica acerca de usted, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, esta revocación interrumpirá todo uso o divulgación ulterior de su información médica para los fines cubiertos por su autorización escrita, excepto si ya actuamos basados en su autorización. Usted entiende que no podemos desdeciros de ninguna divulgación que ya hayamos efectuado con su autorización, y que estamos obligados a mantener nuestros expedientes de la atención que le brindamos.