

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM  
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Fecha de vigencia: 30 de Junio de 2012**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN SOBRE PUEDE SER USADA Y  
DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.  
LE SOLICITAMOS QUE LO LEA ATENTAMENTE.**

Su información es personal y el programa Low Income Health Program (LIHP, por sus siglas en inglés) del Condado de San Diego ha comprometido a protegerla. Su información médica/de salud es muy importante para nuestra capacidad de proveer cuidado de calidad, y para cumplir con ciertas leyes. Este Aviso describe las prácticas de privacidad que nosotros, y todos nuestros empleados y otro personal, están obligados de seguir con respecto al manejo de su información.

**Estamos Legalmente Obligados a:** Mantener la confidencialidad de su información médica/de salud, también conocido como “información de salud protegida” o “PHI”, proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica/de salud, y a cumplir con lo establecido en este Aviso.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

**Derecho de Inspeccionar y Obtener Copias:** Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica/de salud archivada en nuestros registros. Para inspeccionar y obtener copias de su información médica/de salud, usted debe presentar una petición por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Si usted solicita una copia de su información médica/de salud, nosotros le podremos cobrar el costo de la copia, el costo por envío y otros gastos asociados con su solicitud. Si usted no solicita una copia de sus registros, no le cobraremos ningún cargo por inspeccionarlos. (Le proporcionaremos un formulario para este propósito, si usted lo solicita.)

Podemos rechazar su petición de inspeccionar y obtener copias de partes de su información médica/de salud. Si se le niega el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica/de salud archivada en nuestros registros, puede apelar tal decisión y pedir que otro licenciado profesional de asistencia médica designado por LIHP, que no haya estado involucrado en su tratamiento reconsidere los motivos del rechazo. (Le proporcionaremos un formulario para este propósito, si usted lo solicita.)

**Derecho de Solicitar Enmiendas:** Si usted considera que su información archivada en nuestros registros esta incorrecta o incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información obre en nuestro poder. Para solicitar una enmienda, debe presentar una petición por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Además, debe de decirnos el motivo de la enmienda. Su petición se hará parte de su registro. (Le proporcionaremos un formulario para este propósito, si usted lo solicita.)

Podemos rechazar su petición si usted nos solicita que enmendemos información que no haya sido preparada por nosotros, o que sea parte de información que a usted no se le haya permitido inspeccionar y copiar, o que sea considerada exacta y completa por su grupo de tratamiento.

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM  
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Derecho a un Detalle de Divulgaciones:** Con la excepción de ciertas divulgaciones, incluso aquellos para tratamiento, pagos y actividades administrativas de cuidado de la salud, así como aquellas autorizadas por usted, usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones que hayamos hecho de su información médica/de salud. Para solicitar esta lista, usted debe presentar una petición por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. (Le proporcionaremos un formulario para este propósito, si usted lo solicita.)

Su petición debe referirse a un período determinado, que no puede ser más de seis años de la fecha corriente. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, le cobraremos los costos de proporcionar. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá retirar o cambiar su petición antes de que incurra cualquier gasto.

**Derecho de Solicitar Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que observemos restricciones especiales adicionales usando o revelando su información médica/de salud. No se requiere que estemos de acuerdo con su petición. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proveerle tratamiento de emergencia tal como lo determine su médico. Para solicitar restricciones, usted debe de presentar su petición por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. En su solicitud, deberá especificar qué información desea limitar, el tipo de limitación de aplicar, y a quién desea que la limitación se aplique. Un ejemplo de tal limitación podría ser límites a divulgaciones destinadas a su cónyuge. (Le proporcionaremos un formulario para este propósito, si usted lo solicita.)

**Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a citas y otros asuntos relacionado con su tratamiento de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted en su lugar de trabajo, o mediante correspondencia dirigida a una casilla postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su petición por escrito a su administrador de caso o la persona a cargo de su tratamiento. (Le proporcionaremos un formulario para este propósito, si usted lo solicita.). Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Acomodaremos peticiones razonables.

**Derecho a una Copia Impresa de este Aviso:** Usted nos puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Aun si hubiera acordado recibir este Aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Para obtener una copia impresa de este Aviso, solicítela a cualquier personal autorizado. También puede obtener una copia de este Aviso visitando nuestro sitio web, [http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa\\_administration/hipaa\\_privacy\\_practices.html](http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html)

## **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD**

A fin de proporcionarle cobertura de seguro, necesitamos contar con información médica/de salud, así como con otra información personal sobre usted, y podemos obtener esa información de muchas fuentes, tales como usted mismo, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, otros aseguradores, organizaciones HMO o administradores de terceros, y proveedores de cuidado médico.

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM  
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Para el Tratamiento:** Podemos divulgar información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de cuidado médico que cuidan de su salud. Por ejemplo, los médicos pueden solicitarnos información médica para complementar sus propios archivos. También podemos usar información personal al enviar cierta información a médicos para garantizar la seguridad del paciente, o por otras razones relacionadas con su tratamiento.

Podemos usar y divulgar su información médica/de salud al comunicarnos con usted con fines de recordarle que tiene una cita para su tratamiento. Usted tiene el derecho de decirnos cómo desea recibir los recordatorios de la cita. (Le proporcionaremos un formulario para este propósito, si usted lo solicita.)

Podemos utilizar y divulgar su información médica/de salud para recomendar posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle. Adicionalmente, podemos usar y divulgar su información médica/de salud para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés (por ejemplo, elegibilidad para beneficios de Medi-Cal o del Seguro Social). Usted tiene el derecho de rechazar dicha información.

**Para Efectuar Pagos:** Podemos utilizar y divulgar información médica/de salud acerca de usted para que los servicios y tratamientos que reciba se le fracturen y cubren a usted, a otras compañías de seguros o a terceros. Por ejemplo, puede ser necesario proporcionar información de su plan de salud acerca de los servicios de psiquiátricos que usted haya recibido por medio de LIHP para que otro plan de salud nos pague o reembolse los costos del tratamiento. También podemos brindar datos a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted recibirá para obtener la aprobación previa o para determinar si dicho plan cubre el tratamiento.

**Para Administrativos Relacionados con el Cuidado Médico:** Podemos utilizar y divulgar información médica/de salud sobre usted para la administración del cuidado médico. Estos usos y divulgaciones son necesarios para la administración del programa LIHP para asegurar que todos nuestros clientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información médica/de salud para analizar nuestros tratamientos y servicios así como para evaluar la calidad del tratamiento que los médicos le proporcionen. También podemos combinar información médica/de salud sobre muchos clientes de LIHP para decidir qué servicios adicionales LIHP debería ofrecer, qué servicios ya no se necesitan, y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, consejeros, estudiantes de medicina/cuidado de la salud, y otro personal de agencias con fines de revisión y aprendizaje. También, podemos combinar la información médica/de salud de la que disponemos con otras agencias con el propósito de comparar nuestro funcionamiento y para ver donde podemos mejorar los servicios y el cuidado que ofrecemos. Podemos eliminar la información que lo identifique a usted en un conjunto de información médica/de salud para que otros puedan usarla para estudiar el cuidado médico/de salud y forma de cuidado médico/de salud sin saber quiénes son los clientes específicos.

**USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD A LOS CUALES  
USTED TIENE LA OPORTUNIDAD DE OPONERSE**

A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información médica/de salud a un familiar o amigo, a sus padres o a cualquier otra persona identificada por usted que participe en el cuidado de su

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM  
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

salud o en el pago del mismo. Su objeción debe presentarse por escrito (Le proporcionaremos un formulario, si usted lo solicita para este propósito). No respetaremos su objeción en circunstancias en las que hacerlo expondría a usted o a otra persona a un riesgo, según lo determine su personal de tratamiento.

En caso de un desastre, podemos divulgar su información médica/de salud a una agencia del alivio de desastres tal como la Cruz Roja, para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, su estado y ubicación.

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

**Investigación:** En ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica/de salud acerca de usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede requerir comparar la salud y la recuperación de todos los clientes que han recibido un medicamento con los de aquéllos que recibieron otro para tratar una misma condición médica. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y su uso de la información, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con las necesidades de privacidad de los clientes. Antes de usar o divulgar información médica/de salud con fines de investigación, el proyecto tiene que haber sido autorizado por este proceso de aprobación, pero podemos, sin embargo, divulgar información médica/de salud acerca de usted a personas que estén preparando la realización de un proyecto de investigación, por ejemplo, con el objeto de ayudarlos identificar clientes con necesidades médicas/de salud específicas, siempre que la información médica/de salud que analicen sea contenida dentro del programa LIHP.

**Como Requerido Según la Ley:** Usaremos y divulgaremos información médica/de salud cuando así lo exijan las leyes federales o estatales o regulación.

**Prevenir una Amenaza Grave Para la Salud o la Seguridad:** Podemos utilizar y divulgar su información médica/de salud cuando esto sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

**Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar su información médica/de salud a la compensación de trabajadores o de otros programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar su información médica/de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y muertes;
- reportar casos de abuso o negligencia en el cuidado de niños, ancianos y adultos dependientes;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar al público productos que han sido retirados del mercado y que podrían estar usando;
- notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o estar en riesgo de contraer o difundir una enfermedad o condición.

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM  
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica:** Podemos divulgar su información para notificar a las autoridades apropiadas del gobierno si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando así sea requerido o autorizado por la ley.

**Actividades de Supervisión de la Salud:** Podemos divulgar su información a una agencia federal o estatal de supervisión de la salud que lleven a cabo actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión son necesarias para que el gobierno pueda controlar el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y Disputas:** Si usted se ve envuelto en un pleito o una disputa, podemos divulgar su información en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal iniciados por otra persona implicada en una disputa.

**Aplicación de la Ley:** Podemos divulgar su información si es solicitada por oficiales de aplicación de la ley en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación judicial o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, o persona desaparecida;
- Brindar información acerca de la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no es posible obtener el consenso de la persona;
- Brindar información acerca de una muerte que creemos puede ser resultado de una conducta criminal;
- Brindar información acerca de una conducta criminal en cualquiera de nuestros establecimientos; o
- Para reportar un delito en casos de emergencia; la escena del crimen, la(s) víctima(s) o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

**Funciones Gubernamentales Especializadas:** Podemos divulgar su información médica/de salud a oficiales federales autorizados para realizar actividades de inteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar su información a oficiales federales para que puedan proporcionar protección al Presidente de los Estados Unidos o jefes de estado extranjero, o para conducir investigaciones especiales autorizadas por la ley.

Podemos divulgar su información a oficiales del Departamento del Estado quienes tomarán decisiones con respecto a su compatibilidad para obtener autorización de seguridad o prestar servicio fuera del país.

Podemos divulgar información a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información sobre los clientes de LIHP a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM  
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DEL CUIDADO DE LA SALUD**

Otros usos y divulgaciones de su información no cubiertos en este Aviso, o por las leyes que se aplican a nosotros, serán llevados a cabo sólo con su autorización escrita. Si usted nos proporciona autorización de usar o divulgar su información, puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no utilizaremos o revelaremos su información de acuerdo con las razones indicadas en dicha autorización, con excepción, de que no tenemos la capacidad de anular las divulgaciones hechas cuando la autorización tenía vigencia y estamos obligados a conservar nuestros registros del cuidado que se le proporcione.

**CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de modificar o cambiar los términos de este Aviso, y de aplicar tales cambios a nuestras pólizas y procedimientos con respecto a su información. Usted tiene el derecho de ser notificado sobre cualquier cambio en este Aviso y de recibir una copia de aquellos cambios por escrito. Para obtener una copia de este Aviso una vez que se ha cambiado, solicítela a su proveedor de tratamiento o a cualquier personal autorizado, o visite el sitio web del Condado de San Diego, [http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa\\_administration/hipaa\\_privacy\\_practices.html](http://www.co.san-diego.ca.us/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html)

**QUEJAS**

Usted tiene el derecho de presentar una queja si considera que el personal de LIHP no ha cumplido con las prácticas descritas en este Aviso. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No se le penalizará de ninguna manera por el hecho de presentar una queja.

Si considera que sus derechos de privacidad se han violado puede presentar una queja a LIHP, o al Gobierno Federal. Para presentar una queja a LIHP, comuníquese con nuestro oficial de privacidad:

Privacy Officer  
County of San Diego, Compliance Office  
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)  
San Diego, CA 92186-5524  
(619) 338-2808

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM  
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Si desea presentar una queja ante el Gobierno Federal, comuníquese con el siguiente departamento:

U.S. Department of Health and Human Services  
Region IX, Office for Civil Rights  
50 United Nations Plaza – Room 322  
San Francisco, CA 94102  
Teléfono: (415) 437-8310  
Fax: (415) 437-8329  
TDD: (415) 437-8311  
Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

Si se desea obtener información específica para presentar una queja a la Oficina Federal de Derechos Civiles, póngase en contacto con el oficial de privacidad cuyo nombre aparece más arriba.

Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, comuníquese con nuestro oficial de privacidad:

Privacy Officer  
County of San Diego, Compliance Office  
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)  
San Diego, California 92186-5524  
(619) 338-2808

Como ponerse en contacto con los representantes de LIHP estatales para quejas:

DHCS Privacy Officer  
c/o Office of Legal Services  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 0011  
Sacramento, CA 95899-7413  
Email: [privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:privacyofficer@dhcs.ca.gov)  
Teléfono: (916) 440-7750

DHCS Information Security Officer  
Information Security Office  
P.O. Box 997413, MS 6400  
Sacramento, CA 95899-7413  
Correo electrónico: [iso@dhcs.ca.gov](mailto:iso@dhcs.ca.gov)

Teléfono: ITSD Help Desk  
(916) 440-7000 o  
(800) 579-0874

**COUNTY OF SAN DIEGO – LOW INCOME HEALTH PROGRAM  
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO  
ESTA PÁGINA PARA SER RETENIDA POR EL CONDADO**

Firmando esta forma, usted reconoce que recibe el Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Condado de San Diego. Nuestro Aviso Sobre Prácticas de Privacidad proporciona información de cómo nosotros podemos usar y revelar su información. Le recomendamos leerla totalmente.

**Reconozco el recibo del Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Condado de San Diego.**

---

Firma (Solicitante/Miembro de LIHP)

---

Fecha

**Inability to Obtain Acknowledgement**

To be completed only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the client's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the client's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained:

---

County Staff Signature

---

Date

---

Printed Name and Title