

le rogamos enviarnos un mensaje por escrito a nuestro funcionario de información confidencial de FSSBA a la siguiente dirección: **Privacy Officer at FSSBA, 401 Grand, Suite 500, Oakland, CA 94610**. Podemos proporcionarle un formulario de solicitud e información para presentarlo. Después de que recibamos su solicitud por escrito, le avisaremos cuándo y cómo podrá ver u obtener una copia de su registro. Si está de acuerdo, le daremos un resumen o explicación de su PHI en vez de suministrarle copias. Si solicita una fotocopia, podríamos cobrarle una cantidad razonable por concepto de costos de fotocopiado, gastos de envío u otros suministros asociados a su petición. En ciertas situaciones podríamos denegar toda o parte de su solicitud de recibir copias de sus registros; en ese caso, le enviaremos un mensaje por escrito donde se le explique la razón de la negativa, además de su derecho (si lo tiene) de que se reconsidere dicha negativa.

- **Derecho de enviar información a otros individuos:** Usted tiene el derecho de solicitar a FSSBA que envíe copias de su información médica a quien quiera que usted desee (por ejemplo, otros individuos, profesionales de salud u hospitales y clínicas). En el caso de un tratamiento de salud mental, es posible que su proveedor deba autorizar el envío de la información. Para solicitar a FSSBA que envíe su información médica a personas ajenas a FSSBA, deberá hacer la solicitud por escrito y firmar una autorización. Puede hacer esa solicitud con su trabajador. En cualquier momento puede pedirle a FSSBA que interrumpa la revelación de su información médica.
- **Derecho a corregir o actualizar su PHI:** Si considera que los datos médicos que tenemos sobre usted son incorrectos o incompletos, puede solicitar a FSSBA que cambie o enmiende la información. Si determinamos que la información existente es correcta y completa, FSSBA no está obligada a modificarla. FSSBA tampoco está obligada a eliminar ninguno de los datos de su archivo. Si hubiese algún error, se corregirá añadiendo información aclaratoria o complementaria. Usted tiene derecho a solicitar una modificación en tanto esa información sea mantenida por o para el centro médico. Existen algunas restricciones al respecto:
 - Debe solicitar la modificación por escrito. Le podemos proporcionar un formulario de solicitud, e instrucciones para presentarlo.
 - Debe indicar el motivo de su solicitud.
 - Su solicitud puede ser negada si no la presenta por escrito o no especifica el motivo. También puede ser negada si nos pide modificar algún dato que:
 - no haya sido creado por nosotros, a menos que quien creó dicha información ya no esté disponible para modificarla;
 - no forme parte de los datos de salud mantenidos por o para nuestro centro médico;
 - no forme parte de la información que se le permita inspeccionar o fotocopiar;
 - sea fidedigno o esté completo.
- **Derecho a ser informado de a quién se han facilitado sus datos:** Usted tiene derecho de solicitar una “relación de revelaciones de información”. Se trata de una lista en la que se detallan las veces que hemos facilitado sus datos médicos en los seis (6) años anteriores a la fecha en que solicite dicha relación. La relación no incluirá:
 - Los casos en que la información haya sido revelada por necesidades de tratamiento, pago de honorarios o procedimientos médicos.
 - Los casos en que le hayamos facilitado la información a usted mismo.
 - Los casos de revelación indirecta como consecuencia de otra revelación autorizada u obligatoria.
 - Los casos en que la revelación se haya realizado con su autorización escrita.
 - Otros casos de revelación de la información previstos o exigidos por ley.
 - Cualquier revelación de su información que se haya hecho antes del 14 de abril de 2003.Para obtener esta relación, deberá solicitarla por escrito. Le podemos proporcionar un formulario de solicitud, e instrucciones para presentarlo. En su solicitud deberá especificar un intervalo, de duración no superior a seis años, que no podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Debe indicar en su solicitud el formato en que desea recibir la relación (por ejemplo, impreso o en formato electrónico). La primera relación que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Si solicita relaciones adicionales, podemos cobrarle los gastos de crear dicha relación. Le notificaremos el precio, y usted podrá anular su solicitud o modificarla, antes de incurrir en costo alguno.
- **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar la restricción o limitación de la información médica sobre usted que utilizamos o revelamos con fines de tratamiento, pago de honorarios o

procedimientos médicos. También tiene derecho a solicitar una limitación en la información médica que revelamos sobre usted a cualquier persona que quien sea participante en su tratamiento médico o que contribuya a sufragar su costo, como un miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, podría solicitarnos que cierta información sobre su diagnóstico o tratamiento no sea utilizada o revelada a un determinado miembro de su familia o amistades. No estamos obligados a aceptar su solicitud de restringir nuestro uso o revelación de su PHI. Si aceptamos su petición de limitar el tipo de uso de sus datos que podemos hacer con fines de tratamiento, pago de honorarios o procedimientos médicos, atenderemos su solicitud a menos que dicha información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Si desea establecer este tipo de restricciones, deberá solicitarlo por escrito a su proveedor. En su solicitud deberá indicarnos qué tipo de información quiere limitar, si desea que la limitación incluya su uso, su revelación, o ambas cosas, y la persona a la que desee que se apliquen esos límites.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar que nuestras comunicaciones con usted acerca de cuestiones médicas se realicen de una determinada manera o en un lugar específico. Por ejemplo, puede pedirnos que sólo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, deberá hacerlo por escrito a su proveedor. En su solicitud, debe decirnos cómo y dónde quiere que nos comuniquemos con usted. No le preguntaremos los motivos de su solicitud. Atenderemos toda solicitud razonable. La ley no nos obliga a aceptar solicitudes de restricciones.
- **Derecho a una copia impresa del aviso:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitárnosla en cualquier momento. Tiene derecho a esa copia impresa incluso si aceptó recibir este aviso por vía electrónica. Puede obtener una copia de este aviso a través de las oficinas de Family Support Services of the Bay Area. Las oficinas de FSSBA están abiertas generalmente de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto días feriados).

Cómo podríamos utilizar su información médica protegida y revelarla a terceros

FSSBA utilizará sus datos para fines relacionados con tratamientos, pago de honorarios y atención médica, como se explica a continuación. También se describen otras aplicaciones y maneras de revelar la información, algunas de las cuales no requieren su autorización escrita. Aunque en la lista no figuran todos y cada uno de los tipos de usos y maneras de revelar la información, todos ellos pueden clasificarse en una de las siguientes categorías.

- **Tratamiento:** Podríamos usar o facilitar su información médica protegida para prestarle servicios de calidad. Los servicios proporcionados por FSSBA pueden estar caracterizados por HIPAA como “tratamiento médico”. El término "tratamiento médico" incluye los tratamientos físicos, así como los “servicios de salud relacionados con la conducta”. Si usted recibe asistencia médica de algún otro proveedor, también podríamos facilitar su información al nuevo proveedor para fines de tratamiento. Por ejemplo, podríamos revelar información de su salud mental a personas fuera de la agencia que también podrían participar en su tratamiento de salud médica o mental.
- **Pago de honorarios:** En determinadas situaciones, FSSBA facturará a terceros a fin de obtener el reembolso del servicio, en cuyo caso podríamos necesitar utilizar o compartir sus datos médicos a fin de poder recibir dicho reembolso. Por ejemplo, es posible que necesitemos facilitar información sobre los servicios recibidos a la compañía de su plan médico u otra entidad pagadora, para que nos paguen el costo de los servicios. Quizás tengamos que informarles también sobre el tratamiento o los servicios que hemos previsto, para obtener autorización previa o determinar si su plan cubre ese tratamiento.
- **Operaciones de atención médica:** Podríamos utilizar y revelar algunos de sus datos médicos para asuntos internos. Esos casos de uso y revelación de información son necesarios para el funcionamiento correcto de FSSBA, y para garantizar que todos nuestros clientes reciban una atención médica de calidad. Por ejemplo, podríamos utilizar sus datos médicos:
 - Para revisar el tratamiento y los servicios y para evaluar la calidad de la atención médica que usted ha recibido del personal.
 - Para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, cuáles son innecesarios, y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces.
 - Para las actividades de revisión o aprendizaje de internos y otros miembros del personal de la agencia.
 - Para ayudarnos a cumplir nuestras obligaciones fiscales y legales.
- **Investigación:** Es posible que facilitemos o revelemos sus datos con fines de investigación en determinadas circunstancias limitadas. Por ejemplo, podríamos facilitar la información a nuestros

investigadores asociados. Antes de usar o revelar información sobre salud mental para fines de investigación, el proyecto deberá haber sido aprobado mediante un estricto proceso de aprobación de investigación. Sin embargo, podríamos revelar información médica de salud mental sobre usted a personas que se preparen a dirigir un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarlas a buscar individuos que tengan características o situaciones similares a las de usted, siempre que la información de salud mental facilitada a estas personas no salga de la agencia. Además, podríamos eliminar información que pudiera servir para identificarlo personalmente, con objeto de que otras personas puedan utilizarla para estudiar e impartir tratamientos médicos sin conocer la identidad de usted.

- **Para evitar una seria amenaza a la salud o seguridad:** Es posible que utilicemos y facilitemos sus datos médicos cuando ello sea necesario para evitar un grave riesgo para su propia salud y seguridad, la salud o seguridad pública, o la de alguna otra persona. Sin embargo, dicha información sólo se revelará a alguien que confiemos que va a saber evitar la materialización de tal amenaza o daño o alguien que creamos que podría ser un blanco potencial de violencia.
- **Según el mandato de la ley:** Revelaremos sus datos médicos cuando así nos lo exija la legislación federal, estatal o local. Por ejemplo, es posible que tengamos que facilitarle información al Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- **Personas relacionadas con su atención o con los pagos por su atención:** Podríamos facilitarle información a un pariente u otra persona a quien usted haya designado como participante en sus cuidados médicos (o en los pagos por sus cuidados médicos).
- **Revelaciones en las comunicaciones con usted:** Podríamos mantener contactos con usted, durante los cuales le daremos a conocer información sobre su salud. Por ejemplo, podríamos utilizar y facilitar su información médica:
 - Para comunicarnos con usted referente a una cita.
 - Para informarle sobre opciones de tratamiento que podrían ser de su interés.
 - Para informarle sobre noticias del programa.
 - Para informarle sobre actividades del grupo.
 - Para informarle sobre eventos de la agencia.

Otros usos y revelaciones

Además de las situaciones anteriores, la ley nos permite dar a conocer su información médica sin necesidad de obtener su autorización en determinados casos. Estos casos son:

- **Sospechas de malos tratos o negligencia:** Revelaremos su información médica a las agencias correspondientes si dicha información pueda ser relevante en casos de presunto abuso o negligencia de niños, adultos dependientes o ancianos. Además, revelaremos su información médica en casos de malos tratos o negligencia si usted es víctima de malos tratos, desatención o violencia doméstica, aun siendo mayor de edad, y si usted acepta que dicha información sea revelada o bien la ley nos autorice a revelarla.
- **Riesgos para la salud pública:** Podríamos facilitar su información médica para actividades relacionadas con la salud pública, al grado en que lo exija la ley. Entre estas actividades suelen estar incluidas las siguientes:
 - Prevención o control de enfermedades, lesiones o incapacidades.
 - Notificación de nacimientos y fallecimientos.
 - Notificación a alguien que pueda haber estado expuesto a una enfermedad o corra el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección, al grado en que lo exijan las leyes federales o estatales.
- **Actividades de vigilancia de la salud:** Es posible que revelemos información médica a agencias públicas responsables de la vigilancia de la salud, para actividades autorizadas por la ley. Dichas actividades de supervisión pueden ser, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias, y son necesarias para que el gobierno pueda controlar el funcionamiento del sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes sobre derechos civiles.
- **Pleitos y litigios:** Por orden administrativa o judicial, podremos revelar información sobre su salud si está usted implicado en algún pleito o litigio. También podríamos revelar algunos de sus datos médicos en respuesta a una citación, petición de revelación de información, o cualquier otro proceso legítimo iniciado por alguna otra persona implicada en la disputa, pero sólo en la medida en que la ley lo permita, y no sin antes intentar informarle (incluso por escrito) de la petición u obtener una orden para la protección de la

información solicitada. Podríamos revelar información de salud mental a tribunales, abogados y empleados judiciales durante el curso de un procedimiento de asignación de albacea u otros procedimientos judiciales o administrativos. Si su información médica se refiere a su salud mental, las leyes de California establecen que dicha información no podrá ser hecha pública en el transcurso del proceso judicial, salvo al tribunal responsable de la administración de justicia.

- **Cumplimiento de la ley:** Es posible que tengamos que revelar información médica a funcionarios policiales o judiciales según lo establecido por la ley:
 - Para notificar actividades criminales o amenazas que afecten a nuestro personal o nuestras instalaciones.
 - Cuando se solicite al momento de la hospitalización voluntaria de un paciente.
 - Por orden, citación, requerimiento o mandamiento judicial o cualquier directiva similar.
 - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida.
 - En referencia a la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener la aprobación de la persona.
 - En referencia a una muerte que creemos pueda ser resultado de conducta criminal.
 - En circunstancias de emergencia para notificar un crimen; el lugar o las víctimas del crimen; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.
- **Investigadores, médicos forenses, y directores de funerarias:** Es posible que revelemos información médica a un juez de instrucción o a un inspector médico cuando así lo exija la ley. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su fallecimiento. También podremos revelar información médica de pacientes que se encuentren en nuestras instalaciones, con el fin de proporcionar a los directores funerarios la información que necesitan para realizar su trabajo.
- **Grupos de defensoría:** Podríamos revelar información médica sobre salud mental a la entidad Protection and Advocacy, Inc. o a la Oficina de Derechos del Paciente del Condado bajo la autorización de un paciente o representante de paciente o para fines de ciertas investigaciones.
- **Equipos de personal multidisciplinario:** Podríamos revelar información de salud mental a un equipo multidisciplinario en casos pertinentes para la prevención, identificación, manejo o tratamiento de malos tratos o abusos de un niño, los padres del niño o un anciano o adulto dependiente.
- **Otros:** Es posible que utilicemos o facilitemos su información médica para ayudar al gobierno a realizar funciones que lo afecten a usted. Por ejemplo, si es usted miembro de las Fuerzas Armadas, podríamos facilitar su información a las autoridades militares competentes, para ayudar al mando militar. Sus datos pueden ser revelados a organismos responsables de programas de indemnización al trabajador, en las condiciones permitidas por la ley. Si es usted encarcelado, podríamos facilitar sus datos a la institución penitenciaria que lo custodia. Podríamos revelar sus datos médicos para cumplir con alguna función protectora del Presidente o de la seguridad de la nación. Se podrían aplicar ciertos requisitos jurídicos especiales al uso o revelación de ciertas categorías de información, por ejemplo, pruebas del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) o para el tratamiento y servicios de alcoholismo o drogadicción.
- **Notas de psicoterapia:** Las notas de psicoterapia son los apuntes registrados (en cualquier medio) por un proveedor que es un profesional de salud mental, que documentan o analizan el contenido de la conversación habida durante una sesión de terapia privada, conjunta o de familia, y que están separados del resto de los registros médicos del individuo. Las notas de psicoterapia no incluyen las recetas y control de medicamentos ni las horas de inicio y terminación de sesiones de terapia, las modalidades y frecuencia de los tratamientos, resultados de pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes aspectos: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha.
Podríamos usar o revelar sus notas de psicoterapia según lo exija la ley o:
 - Para ser utilizadas por la persona que originó las notas.
 - En programas supervisados de capacitación de salud mental.
 - Por la entidad cubierta, para defender una acción judicial u otro procedimiento iniciado por el cliente.
 - Para utilizarlas en una investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS).
 - En otras situaciones tal como se describen en otras partes de este aviso.
- **Otros usos de sus datos médicos:** Cualquier otro tipo de uso o modo de facilitar su información médica que no esté contemplado en este aviso o en la legislación aplicable sólo se realizará si usted lo autoriza expresamente por escrito. Si usted nos da su permiso para utilizar o facilitar su información médica, podrá

revocar por escrito esa autorización en cualquier momento. En caso de que usted revoque tal autorización, no volveremos a utilizar ni revelar nunca su información médica por ninguno de los motivos contemplados en su autorización por escrito. No obstante, debe entender que no nos es posible anular información que hayamos revelado anteriormente con su permiso, y que necesitamos mantener en nuestros registros la información sobre los servicios médicos que le hemos prestado.

Modificaciones a este aviso

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. También nos reservamos el derecho a aplicar las condiciones previstas en la versión revisada o modificada del aviso a los datos médicos sobre usted de los que ya disponemos, así como a cualquier otra información que podamos recibir en el futuro. Desplegaremos una copia de la versión más reciente del aviso en nuestras oficinas. La fecha en vigor del aviso aparece en la primera página, en la esquina inferior izquierda. Cada vez que usted reciba algún servicio médico, se le entregará una copia del aviso en caso de que haya sido modificado.

Reclamaciones

FSSBA se compromete a guardar su información médica protegida y confidencial. Si considera que sus derechos de información confidencial han sido vulnerados, puede presentar una reclamación a FSSBA. Investigaremos oportunamente su reclamación y adoptaremos las medidas correctivas pertinentes, si sea necesario. Para presentar una reclamación a FSSBA, solicite a su proveedor una copia del formulario de Reclamación de Vulneración de Información Médica Confidencial (*Health and Medical Information Privacy Violation Complaint Form*) de FSSBA. También puede obtener una copia del formulario e instrucciones para presentar una reclamación comunicándose con:

Family Support Services of the Bay Area
Atención: Privacy Officer
401 Grand Avenue, Suite 500
Oakland, CA 94610
(510) 834-2443

Toda reclamación debe presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una reclamación.

También puede presentar una reclamación al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Dicho departamento pedirá a FSSBA que investigue la reclamación, por lo que ésta puede tardar más tiempo en resolverse que si se comunica con FSSBA directamente a la dirección anterior.

AVISO DE PRÁCTICAS DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: *Acuso de Recibo*

ACUSO DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted acusa el recibo del *Aviso de Prácticas de la Información Confidencial* de Family Support Services of the Bay Area. Nuestro *Aviso de Prácticas de la Información Confidencial* ofrece información acerca del modo en que podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Nuestro *Aviso de Prácticas de la Información Confidencial* está sujeto a cambio. Si hacemos modificaciones en el informe, usted puede obtener una copia del informe enmendado de este modo: *visite nuestra sede en la red* (<http://www.fssba-oak.org>) / *comuníquese con nuestra organización llamando al número* (510) 834-2443.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro *Aviso de Prácticas de la Información Confidencial*, puede comunicarse con:

Family Support Services of the Bay Area
Attn: Privacy Officer
401 Grand Avenue, Suite 500
Oakland, CA 94610

Acuso el recibo del *Aviso de Prácticas de la Información Confidencial* de Family Support Services of the Bay Area.

Nombre del cliente: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(cliente, padre o madre, guardián, tutor)

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSO DE RECIBO

Complete sólo si no obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuso de recibo de la persona, describa las gestiones de buena fe que ha realizado con el fin de obtener dicho acuso, y los motivos por el cual no fue obtenido.

Nombre del cliente: _____

Motivos por el cual no se obtuvo el acuso de recibo:

El cliente se negó a firmar este acuso de recibo a pesar de que se le solicitó hacerlo y recibió el *Aviso de Prácticas de la Información Confidencial*.

Otro motivo: _____

Firma del representante del proveedor: _____ Fecha: _____