

	<h2>AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</h2>	<p><b>Oficina de Cumplimiento Corporativo</b>        800 S. Santa Anita Ave.        Arcadia, CA 91006        Teléfono: (626) 254-5000        Línea directa de cumplimiento: (626) 254-5094        Correo electrónico:  <a href="mailto:compliance@pacificclinics.org">compliance@pacificclinics.org</a>        Sitio web: <a href="http://www.pacificclinics.org">www.pacificclinics.org</a></p>
---	---	--

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y de salud mental, y cómo puede acceder a esta información.**

### LEA ESTE AVISO CON ATENCIÓN

**Pacific Clinics** se compromete a proteger la privacidad de nuestros clientes. Reconocemos su derecho a recibir una explicación sobre cómo usamos y divulgamos su Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

Con este aviso, le informamos sus derechos y nuestras obligaciones legales relacionadas con su PHI.

#### SUS DERECHOS

Cuando se trata de su PHI, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica estos derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### Revisar y obtener copias de su PHI

- Con algunas excepciones (como notas de psicoterapia), usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de la PHI que tenemos sobre su cuidado.
- Para revisar u obtener copias de sus registros, debemos recibir su solicitud por escrito.
  - *Nota:* Por lo general, le proporcionaremos una copia o resumen de su PHI dentro de los 30 días posteriores a su solicitud, y es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.
- No tenemos que aceptar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito.

#### Modificar su PHI

- Tiene derecho a modificar su PHI si considera que la información que figura en sus registros es incorrecta. Debe solicitarnos esta modificación por escrito, y debe indicar los motivos de dicha modificación.
- No tenemos que aceptar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito.

#### Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI

- Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI:
  - para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica; o,
  - para entregársela a alguien que participa en su cuidado o en el pago de su atención médica;
  - para amigos y familiares relacionados con su ubicación o condición, y en el caso de una catástrofe, para la entidad que asista en la catástrofe.
- No tenemos que aceptar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito.

## Aviso de prácticas de privacidad

- Solicitar restricciones cuando pague gastos extra en su totalidad**
- Tiene derecho a solicitar, por escrito, una restricción sobre la divulgación de su PHI a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica si usted o alguien más pagó gastos extra, en su totalidad, por un artículo o servicio de atención médica.
- Revocar su autorización**
- Usted tiene el derecho de revocar la autorización para el uso o la divulgación de su PHI.
    - *Nota:* La solicitud para revocar su autorización debe ser por escrito. Sin embargo, dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre los usos o divulgaciones anteriores a la recepción de la revocación.
- Recibir un informe de las divulgaciones de su PHI**
- Tiene derecho a solicitar un informe de las veces que hemos compartido su PHI por hasta seis (6) años antes de la fecha de su solicitud.
    - *Nota:* Este informe no incluirá las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica; divulgaciones para usted o para las personas involucradas en su atención según su consentimiento o autorización; o por los medios permitidos por la Norma de Privacidad.
  - Le proporcionaremos una copia anual, sin costo para usted. Para solicitudes adicionales dentro de un período de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo.
- Derecho a comunicaciones confidenciales/alternativas**
- Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por medios alternativos de comunicación o en ubicaciones alternativas.
    - *Nota:* Esta solicitud debe ser por escrito y debe especificar cómo o dónde nos comunicaremos con usted.
  - Consideraremos que todas las solicitudes son razonables, pero las aceptaremos si nos dice que correrá peligro si no lo hacemos.
- Derecho a recibir una copia en papel de este aviso**
- Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso, incluso si ya aceptó recibir este aviso electrónicamente.
  - Puede obtener copias de este aviso en nuestro sitio web, o puede contactar a **Pacific Clinics** en la dirección y en los números de teléfono detallados en la página 1.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre**
- Si le otorgó a una persona un poder médico o si una persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
  - Nos aseguraremos de que esta persona tenga la autoridad adecuada antes de tomar cualquier medida.
- Presentar una queja**
- Comuníquese con **Pacific Clinics** en la dirección y el número de teléfono mencionados anteriormente si desea recibir más información sobre sus derechos de privacidad, si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su PHI.

## Aviso de prácticas de privacidad

- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a:

Oficina de Derechos Civiles, Región IX  
90 7<sup>th</sup> St., Ste. 4-100, San Francisco, CA 94103  
Teléfono: (800) 368-1019  
TDD: (800) 537-7697

O en línea en:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

**Pacific Clinics** tiene permiso para usar o divulgar su PHI, o la ley puede requerir la divulgación de su PHI sin su autorización para los siguientes propósitos:

- |  |  |
|--|--|
| <b>Tratamiento</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ En <b>Pacific Clinics</b>, y con nuestros socios comerciales, para tratamiento y otros servicios.</li><li>➤ Cuando nosotros y otro proveedor lo compartimos como cliente para:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tratarlo ante una emergencia.</li><li>○ Coordinar servicios.</li><li>○ Proporcionar atención inmediata de transición después de que deja nuestras instalaciones.</li></ul></li></ul> |
| <b>Socios comerciales</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Con nuestros socios comerciales que realizan tratamientos, pagos, operaciones de atención médica u otros servicios en nuestro nombre. Los socios comerciales están obligados por contrato a proteger su PHI.</li></ul>   |
| <b>Recordatorios de citas</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Para proporcionarle recordatorios de citas por correo postal, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto.</li></ul>   |
| <b>Llevar a cabo la divulgación, la coordinación de la atención y la administración de casos</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Llevar a cabo la divulgación, la coordinación de la atención o la administración de casos, o con información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.</li></ul>  |
| <b>Pago</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Obtener el pago de los servicios que se le brindan, incluidas las actividades de facturación y procesamiento de datos que nos permiten recibir un reembolso por los servicios.</li></ul>   |
| <b>Operaciones de salud</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Para nuestras operaciones de atención médica, incluida la administración interna y actividades relacionadas para mejorar la calidad y rentabilidad de nuestros servicios.</li></ul>  |

## Aviso de prácticas de privacidad

- |  |  |
|--|--|
| <b>Informar abuso o negligencia</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si consideramos razonablemente que usted es víctima de abuso o negligencia, a una autoridad gubernamental (por ejemplo, el Departamento de Servicios Sociales u otras agencias de servicios de protección) autorizada por la ley para recibir dicho informe.</li> <li>➤ A las autoridades apropiadas con respecto al presunto abuso o negligencia infantil o de adultos/ancianos dependientes, conforme a la ley de California.</li> </ul>  |
| <b>Demandas y conflictos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si participa en una demanda o conflicto, en respuesta a una orden judicial o administrativa.</li> <li>➤ En respuesta a una citación, pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en el conflicto, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre el pedido; o para obtener una orden de protección de la información solicitada.</li> </ul>   |
| <b>Cumplimiento de la ley</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si así lo solicita un policía:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida</li> <li>○ En relación con la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona</li> <li>○ En relación con una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal</li> <li>○ En relación con la conducta criminal en cualquiera de nuestras ubicaciones, o en contra de cualquier miembro del personal o propiedad</li> <li>○ En emergencias, para informar un crimen; la ubicación del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación del autor del crimen.</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Actividades de inteligencia y seguridad nacional</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.</li> </ul>  |
| <b>Servicios de protección para el Presidente, otros</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A los funcionarios federales autorizados para proporcionar protección al Presidente, o en otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.</li> </ul>  |
| <b>Reclusos – información presentada ante instituciones correccionales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si usted está preso en una institución correccional, o está bajo custodia de un policía, a la institución correccional o al policía:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para que la institución le brinde atención médica.</li> <li>○ Para proteger su salud y seguridad o la de otros.</li> <li>○ Por la seguridad de la institución correccional.</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Actividades de salud pública</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Para actividades de salud pública, que pueden incluir:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El informe de salud presentado ante las autoridades de salud pública para la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidad.</li> <li>○ Alertar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que podría correr un riesgo grave de contraer o propagar una enfermedad o afección.</li> </ul> </li> </ul>   |

## Aviso de prácticas de privacidad

- Actividades de supervisión de salud**
- A una agencia que supervisa el sistema de salud y que tiene la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de las normas de los programas de salud del gobierno, como Medicare o Medi-Cal.
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad**
- Cuando sea necesario, para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación será solo para alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- Juez de instrucción, médico forense, directores de funerarias**
- Determinar la causa de la muerte y, según sea necesario, cumplir las obligaciones conforme a los preceptos legales.
- Para un intercambio de información de salud**
- Como participantes en Intercambios de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés)
    - Nosotros, junto con otros proveedores de salud, podemos participar en uno o más HIE. Un HIE es un sistema de información de toda la comunidad utilizado por los proveedores de salud participantes para compartir su información de salud con fines de tratamiento. Debido a que el HIE funciona como nuestro socio comercial, el HIE recibe y almacena su PHI electrónica para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, y se le exige que proteja y mantenga la PHI confidencial.
    - La PHI electrónica divulgada al HIE puede incluir diagnósticos sensibles, como el de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, información genética y abuso de sustancias para la salud mental, etc. La ley de California aplicable al intercambio de PHI electrónica puede requerir que obtengamos su consentimiento para dicho intercambio, o que le otorguemos el derecho de revocar o restringir dicho consentimiento.
- Investigación**
- Si nuestra Junta de Revisión Institucional, u otra junta para la protección de sujetos humanos, aprueba una exención de autorización, y existen ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad de su PHI.
- Situaciones de emergencia**
- Al personal médico para tratar una situación de emergencia que represente una amenaza inmediata, y que requiera intervención médica inmediata.
- Ayuda en caso de catástrofes**
- A una organización que preste servicios de ayuda en caso de catástrofes para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.
    - *Nota:* Le daremos la oportunidad de aceptar u objetar esta divulgación, a menos que decidamos que debemos divulgar su información de salud para responder a las circunstancias de emergencia.
- Personal militar**
- Según lo que indiquen las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de Veteranos si usted es miembro de las fuerzas armadas.

## Aviso de prácticas de privacidad

- Notificación de incumplimiento**
- Informarle en caso de que haya habido un acceso ilegal o no autorizado a su información de salud.
    - *Nota:* También informaremos estas situaciones a las autoridades federales y estatales, y es posible que tengamos que usar su PHI para hacerlo. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito.
- Actividades para recaudar fondos**
- A una fundación relacionada con nosotros, para contactarlo para que recaude dinero para nosotros y nuestras operaciones.
    - *Nota:* Usted tiene el derecho de elegir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.
- Indemnización por accidentes de trabajo**
- Para la indemnización por accidentes de trabajo o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Por mandato legal**
- Cuando así lo requiera cualquier ley federal, estatal o local que no esté mencionada en este aviso.

### **NORMAS ESPECIALES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH Y LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS O POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Las normas especiales se aplican a la divulgación de información de salud acerca de los tratamientos y las pruebas relacionadas con el VIH, las afecciones psiquiátricas o los trastornos por el consumo de sustancias. Para algunas divulgaciones, se puede requerir su autorización.

### **OTROS USOS Y DIVULGACIONES**

Con excepción de lo descrito en este aviso, o conforme a la ley federal o estatal, no usaremos ni compartiremos su PHI sin su autorización por escrito. No usaremos ni divulgaremos su PHI con fines de comercialización, ni venderemos su información de salud sin su autorización. Si firma una autorización y luego cambia de opinión, notifíquenos por escrito. Esto detendrá cualquier uso y divulgación futura de su PHI, pero no nos obligará a retirar ninguna información que ya hayamos divulgado.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES HACIA USTED**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Debemos cumplir las leyes federales y estatales al usar y divulgar su PHI. Algunas leyes brindan una mayor protección para la salud mental, el abuso de alcohol y drogas, el VIH/SIDA, y la información sobre enfermedades de transmisión sexual. En los casos en que tanto la ley federal como la estatal brinden una protección similar, generalmente cumpliremos la ley que brinda una mayor protección de sus derechos, privacidad o PHI.
- Debemos cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del aviso.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra forma que no sea la descrita en este aviso, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Notifíquenos por escrito si cambia de opinión.
- Le avisaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.



## Aviso de prácticas de privacidad

Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

### **CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible en nuestro sitio web. También puede solicitar una copia del aviso en nuestras ubicaciones, o puede contactarse con **Pacific Clinics** en la dirección y el número de teléfono que figuran en la página 1.

### **AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

Pacific Clinics cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

*ATENCIÓN:* Si habla un idioma que no es inglés, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles para usted sin cargo. Llame al (626) 228-5000.