



## AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN Y PRIVACIDAD

Oficina de Privacidad Corporativa  
499 Loma Alta Avenue  
Los Gatos, CA 95030  
Teléfono: (408) 379-3790  
Correo electrónico:  
[privacyofficer@pacificclinics.org](mailto:privacyofficer@pacificclinics.org)  
Sitio web: [www.pacificclinics.org](http://www.pacificclinics.org)

**Este aviso describe de qué forma su información de salud puede ser usada y divulgada, y cómo usted puede acceder a esta información.**

### **LEA ESTE AVISO DETENIDAMENTE**

Pacific Clinics (la "Agencia") se compromete a proteger la privacidad del cliente. Reconocemos su derecho a recibir una explicación sobre cómo usamos y divulgamos su información de salud protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. Con este Aviso sobre prácticas de información y privacidad (el "aviso"), le informamos sus derechos y nuestras obligaciones legales en relación con su PHI.

#### **SUS DERECHOS**

**Usted tiene ciertos derechos respecto de su PHI. Esta sección explica estos derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.**

##### **Examinar y obtener copias de su PHI**

- Con algunas excepciones (como las notas de psicoterapia), usted tiene derecho a examinar y obtener copias de la PHI que tenemos sobre su atención.
- Para examinar u obtener copias de sus registros, debemos recibir su solicitud por escrito.
  - Nota: normalmente le proporcionamos una copia o un resumen de su PHI dentro de los 30 días siguientes a su solicitud, y podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, le notificaremos por escrito para proporcionarle una explicación.

##### **Modificar su PHI**

- Usted tiene derecho a modificar su PHI si siente que la información contenida en sus registros es incorrecta. Debe solicitarnos esta modificación por escrito y declarar sus motivos para la modificación.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, le notificaremos por escrito para proporcionarle una explicación.

##### **Solicitar restricciones a ciertos usos y divulgaciones de su PHI**

- Usted tiene derecho a solicitar restricciones al uso y la divulgación de su PHI;
  - Para tratamiento, pagos u operaciones de atención médica
  - Que se entregue a alguien involucrado en su atención o en el pago de su atención médica
  - A amigos y familiares, en relación a su ubicación o condición, y en el caso de un desastre, a la entidad que brinda asistencia en un desastre
- No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, le notificaremos por escrito para proporcionarle una explicación.

**Solicitar restricciones cuando paga todo de su bolsillo**

- Usted tiene derecho a solicitar, por escrito, una restricción a la divulgación de su PHI a un plan de salud a los fines de pagar operaciones de atención médica si usted u otra persona pagaron de su bolsillo la totalidad de un artículo o servicio de atención médica.

**Revocar su autorización**

- Usted tiene derecho a revocar su autorización para el uso o la divulgación de su PHI.
  - Nota: su solicitud para revocar su autorización debe ser por escrito.
- Sin embargo, dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre los usos o las divulgaciones anteriores a la recepción de la revocación.

**Recibir un informe de las divulgaciones de su PHI**

- Usted tiene derecho a solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su PHI hasta seis (6) años antes de la fecha de su solicitud.
  - Nota: esta lista no incluirá las divulgaciones relacionadas con tratamiento, pagos u operaciones de atención médica; las divulgaciones hechas a usted o a las personas involucradas en su atención basadas en su consentimiento o autorización; o realizadas por medios permitidos por la Norma de privacidad.
- Le proporcionaremos una copia anualmente, sin costo para usted. En caso de solicitudes adicionales dentro de un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos.

**Derecho a las comunicaciones confidenciales / alternativas**

- Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por medios de comunicación alternativos o en lugares alternativos.
  - Nota: esta solicitud debe ser por escrito y especificar cómo o dónde debemos contactarlo.
- Analizaremos todas las solicitudes razonables, pero diremos “sí” en caso de que nos diga que estará en peligro si no lo hacemos.

**Derecho a una copia en papel de este aviso**

- Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso, incluso si previamente aceptó recibir este aviso electrónicamente.
- Puede obtener copias de este aviso en nuestro sitio web, o contactar a Pacific Clinics en la dirección y los números de teléfono indicados en la página 1 de este aviso.

**Elegir que alguien actúe por usted**

- Si le ha dado un poder de atención médica a alguna persona, o si alguien 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 apropiada antes de tomar cualquier medida.

**Presentar una queja**

- Contacte a Pacific Clinics en la dirección y el número de teléfono antes indicado si desea obtener más información sobre sus derechos a la privacidad, si le preocupa que hayamos violado sus derechos a la privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos acerca del acceso a su PHI.
- También puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Enviando una carta a:

- Oficina de Derechos Civiles, Región IX  
90 7th 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 permitido usar o divulgar su PHI, o la ley puede exigirle que divulgue su PHI para los propósitos siguientes, sin su autorización:**

- Tratamiento**
  - Dentro de Pacific Clinics, y con nuestros socios comerciales, para tratamiento y otros servicios.
  - Cuando nosotros y otro proveedor lo compartamos como cliente para;
    - Brindarle tratamiento durante una emergencia
    - Coordinar servicios
    - Proporcionar atención de transición inmediata después de que finalice los servicios de la Agencia
- Socios comerciales**
  - Con nuestros socios comerciales que llevan a cabo tratamientos, pagos, operaciones de atención médica u otros servicios en nuestro nombre. Los socios comerciales están obligados por contrato a proteger su PHI.
- Recordatorios de citas**
  - Para proporcionarle recordatorios de citas por correo, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto.
- Realizar actividades de divulgación, coordinación de la atención y manejo de casos**
  - Realizar actividades de divulgación, coordinación de la atención o manejo de casos, o con información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- Pago**
  - Para obtener el pago por servicios prestados a usted, incluidas actividades de facturación y procesamiento de datos que nos permitan recibir un reembolso por los servicios.
- Operaciones de atención médica**
  - Para nuestras operaciones de atención médica, incluidas actividades de administración interna y relacionadas para mejorar la calidad y rentabilidad de nuestros servicios.
- Denunciar abuso / negligencia**
  - Si creemos de manera razonable que usted es una 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 dicha denuncia.
  - A las autoridades pertinentes en relación al abuso y negligencia sospechados de un menor de edad o un adulto/adulto mayor dependiente conforme a lo exigido por la ley de California.
- Demandas y litigios**
  - Si está involucrado en una demanda o un litigio, en respuesta a una orden judicial o administrativa.

- En respuesta a una citación judicial, solicitud de exhibición de pruebas u otro proceso legal por otra persona involucrada en el litigio, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud; o, para obtener una orden que proteja la información solicitada.
- Policía**
- Si un oficial de policía lo solicita;
    - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida
    - Sobre la víctima de un delito si, en algunas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona
    - Sobre una muerte si creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal
    - Sobre una conducta criminal en cualquiera de nuestras sedes, o contra cualquier miembro del personal o propiedad
    - En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del lugar del delito o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito
- Actividades de seguridad nacional e inteligencia**
- A funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- Servicios de protección para el Presidente, otros**
- A funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, o para otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- Presos – Información revelada a instituciones correccionales**
- Si está preso en una institución correccional, o bajo la custodia de un oficial de policía, a la institución correccional o el oficial de policía;
    - Para que la institución le provea atención médica
    - Para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas
    - Para la seguridad de la institución correccional
- Actividades de salud pública**
- Para actividades de salud pública que pueden incluir;
    - El reporte de información de salud a autoridades de salud pública para la prevención o el control de una enfermedad, lesión o discapacidad
    - Para avisarle a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que puede correr un riesgo grave de contraer o propagar una enfermedad o afección
- Actividades de supervisión de la salud**
- A una agencia de supervisión de la salud que supervisa el sistema de atención médica y tiene la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de las normas de los programas de salud del gobierno, tales como Medicare o Medi-Cal.
- Para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad**
- Cuando sea necesario, para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad públicas o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo se hará a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- Forense, médico legista, funerarias**
- Para determinar la causa de muerte y, si es necesario, para llevar a cabo tareas conforme a lo autorizado por la ley.

**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 atención médica, podemos participar en uno o más HIE. Un HIE es un sistema de información de toda la comunidad usado por proveedores de atención médica participantes para compartir su información de salud para fines de tratamiento. Como el HIE funciona como nuestro comercial, el HIE recibe y almacena PHI electrónica para tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, y se requiere para proteger y mantener confidencial la PHI.
  - La PHI electrónica divulgada en el HIE puede incluir diagnósticos sensibles como VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, información genética, salud mental, abuso de sustancias, etc. La ley de California aplicable al intercambio de PHI electrónica puede exigirnos que obtengamos su consentimiento para un intercambio de ese tipo, o que le demos el derecho a revocar o restringir dicho consentimiento.

**Investigación**

- Si nuestra Junta de Revisión Institucional, u otro comité para la protección de sujetos humanos, aprueba una dispensa de autorización y existen ciertas protecciones para garantizar la privacidad de su PHI.

**Situaciones de emergencia**

- Al personal médico para tratar una afección de emergencia que representa una amenaza inmediata y exige intervención médica inmediata.

**Para ayuda en casos de desastre**

- A una organización que asiste en un esfuerzo de ayuda en un desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.
  - Nota: le daremos la oportunidad de aceptar u oponerse a esta divulgación, a menos que decidamos que precisamos divulgar su información de salud para responder a las circunstancias de emergencia.

**Personal militar**

- Según lo ordenen las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de Veteranos si es un miembro de las fuerzas armadas.

**Notificación de falla de seguridad**

- Para informarle en caso de que haya existido un acceso ilegal o no autorizado a su información de salud.
  - Nota: también informaremos estos incidentes a las autoridades federales y estatales, y es posible que debamos usar su PHI para hacerlo. Si esto sucede, le proporcionaremos un aviso por escrito.

**Actividades de recaudación de fondos**

- A una fundación relacionada con nosotros, con el fin de que se comunique con usted para recaudar dinero para nosotros y nuestras operaciones.
  - Nota: usted tiene derecho a optar por dejar de recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos.

**Compensación por accidentes laborales**

- Para el programa de compensación por accidentes laborales o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Según lo exigido por la ley**

- Cuando lo exija cualquier ley federal, estatal o local que aún no se haya mencionado en este aviso.

## **REGLAS ESPECIALES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA, SOBRE TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS Y RELACIONADA CON EL VIH**

Se aplican reglas especiales a la divulgación de información de salud sobre trastornos psiquiátricos, trastornos por consumo de sustancias o pruebas y tratamientos relacionados con el VIH. Para algunas divulgaciones puede requerirse su autorización.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES**

Salvo por lo descrito en este aviso, o por lo permitido por las leyes federales o estatales, no usaremos ni compartiremos su PHI sin su autorización por escrito. No usaremos ni divulgaremos su PHI para fines de marketing, ni venderemos su información de salud sin su autorización. Si firma una autorización y cambia de opinión más adelante, comuníquenoslo por escrito. Esto impedirá cualquier uso y divulgación de su PHI en el futuro, pero no nos obligará a recuperar cualquier información que ya hayamos divulgado.

## **NUESTRAS RESPONSABILIDADES CON USTED**

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Debemos cumplir con la ley federal y estatal al usar o divulgar su PHI. Algunas leyes disponen un mayor grado de protección para la información de salud mental, abuso de alcohol y drogas, VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual. En los casos en que las leyes federales y estatales ofrecen una protección similar, generalmente seguiremos la ley que brinde la mayor protección de sus derechos, su privacidad o su PHI.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso, y entregarle una copia del aviso.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la que se describe en este aviso, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos, usted puede cambiar de idea en cualquier momento. Si cambia de idea, comuníquenoslo por escrito.
- Si se produce una violación que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información, se lo notificaremos de inmediato.

Para 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 A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO**

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

## **AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

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

**ATENCIÓN:** Si habla un idioma diferentes del inglés, hay servicios de asistencia lingüística a su disposición sin costo. Llame al (626) 228-5000.