



CONDADO DE RIVERSIDE NOTIFICACIÓN SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

La presente notificación explica cómo pudiera utilizarse y compartirse su información médica y cómo puede tener acceso a dicha información. Por favor, revísela minuciosamente.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene derecho a:

Recibir una copia en formato electrónico o impresa de su expediente médico

- Puede solicitar que le muestren o entreguen copias de su expediente médico. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en los costos.

Solicitar que corrijamos su expediente médico

- Puede solicitar que modifiquemos su información médica si está incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que le digamos que “no”, pero si denegamos su solicitud, le comunicaremos la razón, por escrito, dentro de los 60 días siguientes.
- Usted también puede añadirle a su expediente médico un anexo por escrito en relación con la parte del mismo que usted considera incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted tiene derecho a que le envíen comunicaciones confidenciales sobre información médica protegida según lo que establece el artículo 164.522(b) en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), según corresponda, así como puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de alguna manera específica (por ejemplo: por el teléfono de su casa, su oficina o por el celular, o que utilicemos una dirección postal específica).

Solicitar que limitemos lo que compartimos

- Si usted ha pagado completamente por cuenta propia algún artículo o servicio médico, puede solicitarnos que no compartamos información sobre dicho **artículo o servicio con ningún plan de salud**. Le diremos que “sí” a menos que, por ley, sea obligatorio compartir dicha información.

Recibir una lista de las personas con quienes hemos compartido su información

- Puede solicitar un listado (llamado “*accounting*”, que significa “recuento” en inglés) de las ocasiones en las cuales hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Le proporcionaremos un (1) recuento gratis por año, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si usted solicita otro recuento dentro de los 12 meses siguientes.

Presentar un reclamo si considera que le han vulnerado sus derechos

- Para presentar su reclamo, puede comunicarse con nosotros por el (951) 486-4659 o enviar un email a r.compliance@ruhealth.org.
- Puede presentar el reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (en inglés: “Civil Rights Office”) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (en inglés: “U.S. Department of Health and Human Services”) según los datos que aparecen en la página 4.
- No habrá represalias en su contra por el hecho de haber presentado un reclamo.

Cómo podríamos utilizar o divulgar información relativa a usted

Nosotros utilizamos o compartimos información para lo siguiente:

<p>Administración de tratamiento y comunicación con el paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales de la salud que lo estén tratando. Es posible que también utilicen su información médica ciertos proveedores de servicios médicos ajenos al Condado de Riverside que comparten nuestros registros médicos electrónicos comunes, pero sería únicamente para tratarlo o comunicarse con usted. Podríamos utilizar y compartir su información médica para comunicarnos con usted cuando sea necesario. 	<p>Por ejemplo:</p> <p>Ciertos proveedores de RUHS, tales como enfermeras, médicos, terapeutas, etc., podrían ver su información médica.</p> <p>Debido a que RUSH comparte una plataforma común de expedientes médicos con Loma Linda University Health, los proveedores de RUHS también pueden ver la información recolectada por sus proveedores en Loma Linda, así como las citas que tenga programadas allí.</p> <p>Podríamos comunicarnos con usted en relación con futuras citas médicas y resultados de exámenes.</p>
<p>Gerenciar nuestra organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> Podríamos utilizar la información para evaluar la atención y resultados en su caso, para mejorar nuestros servicios y para ciertos procesos administrativos. 	<p>Por ejemplo: Utilizamos información médica para determinar qué tan bien está atendiendo nuestro personal a los pacientes.</p>
<p>Facturarle los servicios prestados</p>	<ul style="list-style-type: none"> Podríamos usar y compartir información con el fin de facturarle a usted o a su compañía de seguros 	<p>Por ejemplo: Le enviamos facturas y otros datos a su plan de seguro médico de modo que éste pague los servicios prestados.</p>
<p>Administrar actividades operativas y planes de seguro médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> En su carácter de administrador de ciertos planes de seguro médico tales como Medicare, Medi-Cal y Exclusive Care, el Condado podría divulgarle información limitada a los patrocinadores del plan. 	<p>Por ejemplo: Con ciertos propósitos, tales como la elegibilidad e inscripción en el plan, la administración de beneficios y el pago de los gastos de la atención médica.</p>
<p>A efectos del reaseguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si usted es miembro de Exclusive Care, es posible que utilicemos o compartamos cierta información a efectos del reaseguro. 	<p>Por ejemplo: Utilizamos algunos datos cuando gestionamos la fijación del costo de las primas de seguro.</p>

Asistir con asuntos de seguridad y salud pública	<p>Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación de nacimientos y defunciones • Prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades • Asistencia para el retiro de productos del mercado • Notificación de reacciones adversas a medicamentos o problemas relacionados con ciertos productos • Denuncias de sospecha de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar • Prevención o reducción de amenazas graves a la salud o seguridad de alguien
Acatar la ley	<p>Compartiremos su información médica según lo exijan las leyes estatales o federales.</p>
Colaborar con el médico forense o el director funerario	<p>En caso de un fallecimiento y según sea necesario, podemos compartir su información médica con el médico legista o forense, o con directores funerarios.</p>
Realizar investigaciones	<p>Si nos lo permite una junta especial, podemos utilizar y compartir su información médica para realizar investigaciones relativas a la salud.</p>
Abordar solicitudes relativas a la compensación laboral, los organismos policiales y otras entidades gubernamentales	<p>Podemos utilizar o compartir su información médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A efectos de los reclamos de compensación laboral o programas similares. • Para ciertos propósitos limitados, relativos al orden público. • Con las agencias gubernamentales que fiscalizan la salud. • Para actividades gubernamentales especiales, tales como la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial. • En respuesta a órdenes judiciales o administrativas, o citaciones judiciales. • Si usted está preso en un correccional o está bajo la custodia de algún agente del orden público, podríamos compartir sus datos con el correccional o con otras agencias del orden público con ciertos propósitos tales como salvaguardar su seguridad y la de los demás.

¿De qué otras maneras podríamos utilizar o compartir su información médica? Tenemos la obligación o autorización para compartir sus datos de otras maneras, por lo general de aquellas maneras que contribuyen al bien público, tales como las labores relativas a la salud pública e investigaciones. Tenemos que cumplir muchas condiciones antes de poder compartir su información para estos fines. Para recibir información más detallada, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>

Sus opciones

En el caso de cierta información médica, usted tiene la opción de elegir lo que vamos a compartir. Díganos qué desea que hagamos y haremos todo lo posible por seguir sus instrucciones.

En los siguientes casos, usted tiene derecho a decidir si nosotros podemos:

- Compartir información con quienes participan en su atención médica o prestan asistencia con los pagos de su atención médica.
- Compartir información en situaciones de socorro ante catástrofes.
- Comunicarnos con usted durante faenas de recaudación de fondos.
- Compartir su nombre, ubicación en el centro médico y estado general (por ejemplo: "favorable" o "crítico") con quienes nos den su nombre al preguntar por usted.
- Compartir su afiliación religiosa con el clero.

En los siguientes casos, nunca compartiremos su información a menos que usted nos autorice por escrito:

- A efectos de mercadeo
- La mayoría de las veces que compartimos expedientes de salud mental y de tratamiento para el abuso de sustancias

Nuestras responsabilidades

- Nos comprometemos, así como lo exigen las leyes, a preservar la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos si ocurre alguna fuga de información que pudiese haber puesto en peligro la privacidad o seguridad de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés).
- Tenemos el deber de cumplir con los términos de la presente notificación y de entregarle una copia de la misma con el propósito de informarle cuáles son nuestros deberes legales y normas sobre la privacidad con respecto a la PHI. Salvo que se trate de una situación que requiera tratamiento de emergencia, haremos esfuerzos de buena fe para obtener un acuse de recibo por escrito de la presente Notificación Sobre las Normas de Privacidad.
- Si usted nos informa que podemos utilizar o compartir sus datos, puede cambiar de parecer en cualquier momento y revocar su autorización. Infórmenos por escrito si cambia de parecer. No podemos cambiar aquellas medidas tomadas según alguna autorización suya anterior ni se obtuvo la autorización a condición de obtener cobertura de seguro.
- Para recibir información adicional acerca de la presente notificación, comuníquese con el funcionario del Condado a cargo de la privacidad (en inglés: Privacy Officer) mediante los datos de contacto que aparecen en la página 4 de la presente notificación.

Cambios a los términos de la presente notificación: Podemos cambiar los términos de la presente notificación y dichos cambios serán pertinentes a todos los datos relativos a usted que poseemos. La nueva notificación estará disponible a solicitud, en nuestras oficinas y en nuestro sitio web.

La fecha de entrada en vigor de la presente solicitud es el 3 de junio de 2019.

Datos de contacto para presentar reclamos relativos a la privacidad

County Privacy Office
Compliance and Privacy Officer
26520 Cactus Avenue
Moreno Valley, CA 92555
(951) 486-4659

U.S. Department of Health & Human Services
Region IX Office of Civil Rights
90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103
TEL: (800) 368-1019 • TDD: (800) 537-7697 •
FAX: (202) 619-3818

**Acuse de recibo de la Notificación de las Normas de Privacidad
RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Su firma al pie del presente formulario indica que se le ha hecho entrega de la Notificación de las Normas de Privacidad de este establecimiento y otros incluidos dentro del Organismo Híbrido del Condado de Riverside.

Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad le proporciona información acerca de la manera en que podríamos usar y revelar su información médica protegida. Le recomendamos leer el documento detalladamente.

La Notificación de las Normas de Privacidad está sujeta a modificaciones. Si hacemos cambios a la notificación, usted podrá obtener una copia de la notificación enmendada en nuestra página de la red de internet RUHealth.org o comunicándose con la Oficina de Privacidad al número telefónico (951) 486-4659.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad al número telefónico (951) 486-4659.

Firma del paciente o su representante legal

Nombre y apellido del paciente o su representante

Fecha y hora de la firma

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

Intentamos obtener el acuse de recibo por escrito de la Notificación de la Normas de Privacidad pero no se pudo debido a que:

_____ La persona se rehusó a firmar.

_____ Una situación urgente nos impidió obtener el acuse de recibo, pero se hará otro intento en cuanto se presente la oportunidad.

_____ El paciente no puede o no tiene la facultad para firmar.

_____ Otro motivo (por favor especifique) _____

Firma del representante del programa

Fecha y hora

Riverside University Health System - Behavioral Health

**ACKNOWLEDGEMENT RECEIPT OF
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
PATIENT ACKNOWLEDGEMENT - SPANISH**