



LOS ANGELES COUNTY DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO
DE LOS ANGELES

NOTIFICACIÓN DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003

EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE LA MANERA EN LA QUE SE PODRÁ USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISELA CUIDADOSAMENTE.

QUIÉN SEGUIRÁ LAS NORMAS DE ESTA NOTIFICACIÓN

En esta Notificación se describen tanto las normas del Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Angeles (LACDHS) como las de:

- Todos los empleados y demás miembros del personal de LACDHS.
- Todos los miembros de un grupo de voluntarios al que permitimos que le ayude mientras usted está en las instalaciones.

NUESTRA PROMESA SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Tenemos el compromiso de proteger su información médica. Creamos un expediente de la atención y los servicios que recibe en las instalaciones. Necesitamos estos registros para ofrecerle atención de calidad y cumplir con determinados requisitos legales. Esta Notificación se aplica a todos los registros sobre su atención que le prestemos en estas instalaciones. Cuando se requiera y sea apropiado, nos aseguraremos de que en el desempeño de nuestras obligaciones se revele el mínimo necesario de información.

En esta Notificación se le informará sobre las maneras en las que podremos usar y revelar su información médica. También se describen sus derechos y determinadas obligaciones sobre el uso y la revelación de información médica.

De acuerdo con la ley se requiere que:

- Mantengamos la confidencialidad de su información médica que le identifique, la cual se conoce también como "información médica protegida" ("PHI", por sus siglas en inglés);
- Le entreguemos esta Notificación de nuestras obligaciones legales y normas de confidencialidad con respecto a su PHI; y
- Respetemos los términos de la Notificación que está actualmente vigente. LACDHS está de acuerdo en cumplir con dichos términos.

CÓMO PODREMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN SU AUTORIZACIÓN

En las siguientes categorías se describen diferentes maneras en las que usamos y revelamos información médica protegida. En cada una de las categorías de los usos o la revelación de datos, explicaremos lo que significan y trataremos de darle algunos ejemplos. No se listan todos los usos o revelación de información de la categoría; sin embargo, todas las formas en que se nos permita usar y revelar información caen dentro de una de las categorías.

Para tratamiento

Creamos un registro del tratamiento y los servicios que usted recibe en nuestras instalaciones. Podremos usar su PHI para poder proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podremos revelar su PHI a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que le atiendan en las instalaciones. Por ejemplo, es posible que un médico que le esté atendiendo para la diabetes necesite saber si usted tiene problema del corazón porque algunos medicamentos afectan su presión sanguínea. Es posible que compartamos su PHI para poder coordinar las diferentes cosas que necesite, como recetas, exámenes de presión sanguínea y análisis de laboratorio, y para poder determinar un diagnóstico correcto.

También podremos revelar su PHI a personas fuera de las instalaciones que puedan estar implicadas en su tratamiento, como el administrador de su caso u otras personas, con el fin de coordinar y administrar su atención médica.

Para pagos

Podremos usar y revelar su PHI con el fin de obtener pago por el tratamiento y los servicios que le prestemos. Por ejemplo, es posible que necesitemos dar a su plan de salud información sobre un medicamento, visita o sesión de tratamiento que usted haya recibido en las instalaciones con el fin de que nos pague su plan de salud. También podremos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted vaya a recibir a fin de obtener aprobación previa o de determinar si su plan cubrirá el costo del tratamiento. También podremos revelar su PHI a otros proveedores de atención médica para cuestiones de pagos.

Para operaciones de atención médica

Podremos usar y revelar su PHI con el fin de poder realizar las actividades necesarias para administrar nuestras operaciones y asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciben atención de calidad. Por ejemplo, podremos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios, además de evaluar el desempeño de nuestro personal cuando le atiende a usted. Es posible que también combinemos información médica de muchos pacientes de las instalaciones con el fin de decidir qué servicios adicionales deben ofrecer las instalaciones, qué servicios no se necesitan y determinar la eficacia de algunos tratamientos nuevos. También podremos revelar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y al personal de otras instalaciones para revisiones y fines educativos. Es posible que también compartamos su PHI con otros proveedores de atención médica en determinadas operaciones de atención médica, como el control de calidad y su cumplimiento, y para las operaciones conjuntas de atención médica de LACDHS.

Recordatorios de citas

Podremos usar y revelar su PHI con el fin de ponernos en contacto con usted y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica en las instalaciones.

Alternativas de tratamiento, y productos y servicios relacionados con la salud

Podremos usar y revelar su PHI con el fin de recomendar opciones o alternativas posibles de tratamiento que quizá le interesen. Asimismo, podremos usar y revelar PHI con el fin de informarle de beneficios o servicios relacionados con la salud que quizá le interesen (por ejemplo, elegibilidad para Medi-Cal o beneficios del Seguro Social).

Actividades para recaudar fondos

Es posible que utilicemos su PHI para comunicarnos con usted cuando se trate de recaudar fondos para el hospital y sus operaciones. Podremos revelar información médica a la fundación relacionada con el hospital a fin de que dicha fundación pueda ponerse en contacto con usted para recaudar fondos para el hospital. Sólo revelaríamos información de contacto, como su nombre, domicilio, número de teléfono y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en el hospital. Si no desea que el hospital se comuniqué con usted durante sus actividades de recaudación de fondos, debe notificarlo por escrito a la facilidad e indicar que no desea que se revele la información.

Directorio del Hospital

Es posible que incluyamos su PHI por un período limitado en el directorio del hospital mientras usted sea paciente interno del hospital, siempre que usted esté de acuerdo, o que le demos la oportunidad de objetar o restringir la inclusión de su PHI en dicho directorio. Esta información puede incluir su nombre, su ubicación en el hospital, su estado general (por ejemplo, regular, estable, crítico, etc.) y su afiliación religiosa. Excepto que haya una solicitud específica por escrito en la que nos pida que no hagamos esto, se podrá dar esta información en el directorio, con excepción de su afiliación religiosa, a las personas que pregunten por usted identificándole por su nombre. Se podrá dar su afiliación religiosa (por ejemplo, católica, protestante, budista, judía, etc.) a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino, aunque no pregunten por usted identificándole por su nombre. Se revela la información de manera que su familia, amigos y clérigos puedan visitarle en el hospital y saber en general cómo se encuentra.

Personas implicadas en prestarle atención o en pagar por la atención que usted reciba

Podremos revelar su PHI a un amigo o familiar que esté implicado en su atención médica o en el pago relacionado con su atención médica, siempre que usted esté de acuerdo en que se revele la información o que le demos la oportunidad de oponerse a que se revele la información. Sin embargo, en las circunstancias apropiadas, entre ellas las emergencias, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si esta revelación de la información es conveniente para usted o inferir que usted no se opondría a revelarla.

Para ayuda en caso de desastre

Podremos revelar su PHI a un organismo que ayude en caso de desastre a fin de que se pueda notificar a su familia sobre su condición, situación y ubicación. Le daremos la

oportunidad de que dé o niegue su autorización para revelar la información, excepto si decidimos que necesitamos revelar su PHI para poder responder a una emergencia.

Investigación científica

Podremos revelar su PHI sin su autorización en determinados casos. Por ejemplo, en circunstancias limitadas podremos revelar su información a los investigadores que estén preparando un protocolo de investigación o si nuestro comité del Consejo de Evaluación (que se encarga de asegurarse de la protección de sujetos humanos en las investigaciones) determina que no es necesario tener autorización. Es posible que también demos información limitada sobre su salud (sin incluir su nombre, domicilio ni ningún dato que le identifique directamente) para actividades de investigación, salud pública o atención médica, pero sólo si quien reciba dicha información firma un acuerdo de que la protegerá y de que no las usará para identificarle a usted.

Comforme se requiera por ley

Revelaremos su PHI cuando se requiera hacerlo conforme a las leyes federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad

Podremos usar y revelar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave contra su salud y la seguridad, o contra la salud y la seguridad pública o de terceros; sin embargo, cualquier revelación se hará a una persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Compensación del seguro obrero (Workers' Compensation)

Podremos entregar su PHI en los casos de compensación del seguro obrero o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública

Podremos revelar su información médica para actividades relacionadas con la salud pública, como las que tienen como objetivo prevenir o controlar enfermedades, prevenir lesiones o discapacidades y reportar el maltrato o abandono de niños, ancianos y adultos dependientes.

Donación de órganos y tejidos

Podremos revelar su PHI a organizaciones que se encargan de conseguir órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación o el trasplante de órganos o tejidos.

Militares y veteranos

Si pertenece a las fuerzas armadas, podremos revelar su PHI cuando lo requieran las autoridades de mando militar. También podremos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Actividades para la supervisión de la salud

Podremos revelar su PHI a una agencia supervisora de la salud para actividades autorizadas por ley, entre las que se incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones,

inspecciones, y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas

Si usted está involucrado en una demanda o en una disputa, podremos revelar su PHI si recibimos una orden judicial o administrativa. Podremos revelar también su PHI si recibimos una citación judicial, solicitud de entrega de pruebas o algún otro procedimiento legal por parte de un tercero implicado en la disputa, pero sólo si se trató de informarle a usted sobre dicha solicitud (que puede incluir notificarle por escrito) o de obtener una orden para proteger la PHI que se solicita.

Organismos encargados del cumplimiento de la ley

Podremos revelar la PHI a las agencias gubernamentales encargadas del cumplimiento de la ley en los siguientes casos:

- En respuesta a órdenes judiciales, citaciones judiciales o procedimientos semejantes que dicte un tribunal.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida.
- Si usted es víctima de un delito, en determinadas circunstancias limitadas, y no podemos obtener su consentimiento.
- Acerca de una muerte que pueda ser el resultado de conducta delictiva.
- Acerca de conducta delictiva en las instalaciones.
- En casos de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- Si creemos que usted, mientras está hospitalizado, ha cometido o ha sido víctima de un delito. Dichas revelaciones se deberán limitar a la información que constituya prueba de conducta delictiva que haya ocurrido en las instalaciones y no deberán incluir ningún dato que se relacione con su salud o las circunstancias de su tratamiento.
- Para reportar que se la ha dado de alta, si se le detuvo involuntariamente después de que un policía inició una detención de 72 horas para una evaluación y solicitó notificación.
- En determinadas circunstancias, si se le admite en unas instalaciones y usted desaparece o le transfieren a otro lado.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias

Podremos entregar la PHI a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona que ha fallecido o para determinar la causa de la muerte. También podremos revelar información médica sobre pacientes de las instalaciones a un director de una funeraria según sea necesario para que desempeñe su trabajo.

Funciones especializadas del gobierno

Podremos revelar su PHI a agentes federales autorizados para usarla en actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras operaciones de seguridad nacional autorizadas por ley.

Podremos revelar su PHI a agentes federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente de los Estados Unidos, otras personas autorizadas or jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.

Presos

Si está preso o un agente encargado del cumplimiento de la ley lo tiene detenido, podremos entregar su PHI a la correccional o a dicho agente. Esta revelación de información sería necesaria: 1) para que la institución le preste atención médica; 2) para proteger su propia salud y seguridad o las de otras personas; o 3) para la seguridad y protección de la correccional.

Otros usos de su información médica

Sólo se usará y revelará su PHI con su autorización por escrito en los casos que no se cubran en esta Notificación o las leyes correspondientes. Si nos da su autorización para usar or revelar su PHI, la podrá revocar por escrito en cualquier momento. Si la revoca, ya no podremos usar ni revelar su PHI en los casos que cubre la autorización, excepto que no podremos recuperar la información que hayamos revelado cuando la autorización estuvo en vigencia, y se requiere que mantengamos nuestros registros de la atención que le hemos proporcionado. Por ejemplo, si ya hemos usado o revelado su PHI para un estudio de investigación de acuerdo con su autorización, no estamos obligados a destruir la PHI que ya hayamos recopilado ni a recuperar la que hayamos revelado a fin de poder preservar la integridad de la investigación.

DERECHOS RELACIONADOS CON SU PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI en nuestros registros:

Derecho a revisar y copiar informacion

Con excepción de algunos casos, usted tiene derecho a revisar y copiar su PHI que tenemos en nuestros registros, en la cual se incluyen generalmente los registros de tratamiento y facturación. Si desea revisar y copiar la PHI que se pueda usar para tomar decisiones sobre usted, deberá llenar y entregar por escrito una "Solicitud de acceso a información sobre la salud" (*Request for Access to Health Information*). Si solicita una copia de su PHI, es posible que le cobremos por los costos de las copias, el envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. En determinadas circunstancias podremos rechazar su solicitud para revisar y copiar la información. Si se le neiga el derecho a revisar y copiar su PHI que tenemos en nuestros registros, podrá solicitar que se revise la negativa. Excepto por las pocas circunstancias que no están sujetas a revisión, otro profesional autorizado de atención médica dentro de LACDHS, que no esté implicado en la negativa, revisará la decisión. Cumpliremos con los resultados de la revisión.

Derecho a solicitar enmiendas

Si piensa que la PHI sobre usted que tenemos en nuestros registros es incorrecta o no está completa, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene derecho a solicitar enmiendas durante todo el tiempo que tengamos la PHI. Si desea solicitar una enmienda, debe llenar y entregar una "Solicitud para enmendar información médica protegida" (*Request to Amend Protected Health Information*). Debe entregar también un motivo que respalde su solicitud. Podremos rechazar su solicitud para hacer una

enmienda si no la presenta por escrito o no incluye un motivo que respalde la solicitud. También podremos rechazar su solicitud si nos pide que enmendemos PHI que:

- No hayamos creado nosotros, excepto si nos puede proporcionar una base razonable para creer que la persona o entidad que haya creado la PHI ya no está disponible para efectuar la enmienda;
- No es parte de la PHI que mantienen las instalaciones para su uso;
- No es parte de la PHI que se le permitiría revisar y copiar; o
- Es exacta y completa.

Aunque le rechazemos su solicitud para efectuar una enmienda, usted tiene derecho a presentar una "Solicitud de revisión de la negativa de acceso" (*"Request for Review of Denial of Access"*) con una descripción de un máximo de 250 palabras sobre cualquier punto o declaración en su registro que usted crea que esté incompleta o sea incorrecta. Si usted indica claramente por escrito que desea que este documento pase a formar parte de su registro médico, lo adjuntaremos a su registro y lo incluiremos siempre que demos información del punto o la declaración que usted piensa que está incompleta o incorrecta.

Derecho a recibir una relación de casos de revelación de información

Tiene derecho a solicitar una "relación de casos de revelación de información", la cual es una lista de los casos en los que se haya revelado su PHI para fines ajenos a nuestro propio uso para actividades de tratamiento, pago y atención médica (según se describen previamente) o de acuerdo con su autorización y otras excepciones según se estipulan en la ley.

Si desea solicitar esta lista o la relación de los casos en que se reveló información, debe llenar y entregar una "Solicitud de una relación de casos de revelación de información" (*"Request for an Accounting of Disclosures"*). En su solicitud se deberá indicar un periodo que no podrá ser mayor de seis años y no podrá incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Recibirá gratis la primera lista que solicite en un periodo de 12 meses. Podremos cobrarle por el costo de listas adicionales. Le informaremos cuál es el costo y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en dicho costo.

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitar que se apliquen restricciones especiales adicionales cuando se use o revele su PHI para actividades de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a solicitar que sigamos restricciones especiales adicionales cuando usemos a revelemos su PHI a una persona, un familiar o un amigo por ejemplo, que esté implicada en prestarle atención o en el pago de su atención médica. Por ejemplo, puede pedirnos que no usemos ni revelemos información de que usted está recibiendo servicios en estas instalaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, excepto si se necesita la información para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Si desea pedir que se apliquen restricciones, debe llenar y entregar una "Solicitud para restricciones adicionales en el uso o la revelación de información médica protegida" (*"Request for Additional Restrictions on Use or Disclosure of Protected Health Information"*). En su solicitud deberá decirnos:

1) cuál información desea restringir; 2) si desea limitar nuestro uso de la información, la revelación de la misma o ambos; y 3) a quién desea que se apliquen las restricciones (revelar información a su cónyuge, por ejemplo).

Derecho a solicitar que le demos información en forma confidencial

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus citas u otros asuntos relacionados con su tratamiento de una manera específica o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que sólo nos pongamos en contacto con usted en su trabajo o por correo. Si desea solicitar que le demos información en forma confidencial, debe llenar y entregar una “Solicitud para recibir información en forma confidencial por medios alternos o en sitios alternos” (*“Request to Receive Confidential Communications by Alternative Means or at Alternative Locations”*). En su solicitud se debe especificar la manera o el lugar en donde desea que nos pongamos en contacto con usted. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Haremos los arreglos apropiados para todas las solicitudes razonables.

Derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación Conjunta

Tiene derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación Conjunta. En cualquier momento puede solicitar que le demos una copia de esta Notificación. Aunque usted haya estado de acuerdo en recibir esta Notificación electrónicamente, de todas formas tiene derecho a recibir una copia impresa de la misma. Puede obtener una copia de esta Notificación Conjunta en el sitio Web del DHS: www.dhs.lacounty.gov.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN CONJUNTA

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de esta Notificación, y a hacer que entre en vigencia la Notificación revisada o modificada en la información médica que ya tenemos sobre usted, además de cualquier información que recibamos en el futuro. Pondremos en las instalaciones, a la vista pública, una copia de la Notificación vigente, la cual contendrá la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Si cambiamos nuestra Notificación, podrá obtener una copia revisada si se la solicita a nuestro personal o si visita el sitio Web en www.dhs.lacounty.gov.

NOTIFICACION CONJUNTA DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD DEL
LACDHS

QUEJAS

Si cree que no se han respetado sus derechos a la confidencialidad, puede presentar una queja con nosotros, con el Condado de Los Angeles o con el gobierno federal. Todas las quejas se deben presentar por escrito. **No se le castigara ni sufrirá respresalias por el hecho de presentar una queja.** Si desea presentar una queja con nosotros, o si tiene comentarios o preguntas sobre nuestras normas de confidencialidad, comuníquese – con la administración de las instalaciones o con cualquiera de estas oficinas:

HIPAA Compliance Office
Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center
7601 E. Imperial Highway, SSA Room 2185
Downey, CA 90242
(562) 401-7884

Los Angeles County Department of Health Services (LACDHS)
Privacy Officer
313 N. Figueroa Street, Room 801
Los Angeles, CA 90012
(800) 711-5366

Si desea presentar una queja con el Condado de Los Angeles, comuníquese con:

Los Angeles County Auditor Controller
Chief HIPAA Privacy Officer
500 West Temple Street, Suite 410
Los Angeles, CA 90012
(213) 974-2164
Dirección electrónica: hipaa@auditor.lacounty.gov

Si desea presentar una queja ante el gobierno federal, comuníquese con:

Region IX, Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
(415) 437-8310
(415) 437-8329 (Fax)
(415) 437-8311 (TDD)

CONDADO DE LOS ANGELES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD
NOTIFICACIÓN DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003

CONFIRMACIÓN DE RECIBO

Con la firma de este formulario, usted confirma recibo de la *Notificación de Normas de Confidencialidad* del Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Angeles (LACDHS). En nuestra *Notificación de Normas de Confidencialidad* se proporciona información sobre la manera en que podremos usar y revelar su información médica protegida. Le invitamos a que la revise cuidadosamente. Nuestra *Notificación de Normas de Confidencialidad* está sujeta a cambios. Si hacemos cambios a nuestra Notificación, usted podrá obtener una copia de la Notificación revisada si visita nuestro sitio Web www.dhs.co.la.ca.us o si la solicita a nuestro Personal.

Yo confirmo recibo de la *Notificación de Normas de Confidencialidad* de LACDHS.

Firma: _____ Fecha: _____
(paciente/padre o madre/"conservator" o curador/tutor)

INCAPACIDAD PARA OBTENER LA CONFIRMACIÓN DE RECIBO

Llenar únicamente si no se obtiene la firma. Si no es posible conseguir la confirmación de recibo de la persona, describa los intentos de buena fe que se hayan hecho para obtener la confirmación de recibo del individuo y los motivos por los cuales no se pudo conseguir:

Firma del Miembro del Personal: _____ Fecha: _____

Motivos por los cuales no se pudo obtener la confirmación de recibo:

- El Paciente se negó a firmar
 Otro motivos o comentarios:

PETICION PARA NO SER INCLUIDO(A) EN EL DIRECTORIO DEL HOSPITAL

Pido no ser incluido(a) en el Directorio del Hospital. Entiendo que al no ser incluido(a) en el directorio, no voy a recibir visitas, incluyendo a mi familia, tampoco voy a recibir llamadas telefónicas. Si después cambio de opinión, puedo comunicarme con la oficina de Servicios Financieros para el Paciente a la extensión 7338.

He leído y comprendido que no voy a ser incluido(a) en el Directorio del Hospital:

NOMBRE DEL PACIENTE

NUMERO (MRUN)

Firma (paciente/padre o madre/"conservator" o curador/tutor)

Fecha