

Ciudad de Oceanside

Aviso de Reglas de Privacidad

IMPORTANTE: ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA, Y DE LA MANERA COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

La Ciudad de Oceanside tiene el compromiso de proteger su información personal de salud. Por ley se nos requiere mantener la privacidad de su información médica, la cual podría ser utilizada correctamente para identificarlo, y es conocida como "información de salud bajo protección" o "PHI". La Ciudad tiene la obligación por ley de proporcionarle una copia detallada del "Aviso de Reglas de Privacidad", la cual viene adjunta en este documento ("notificación"), y explica nuestros deberes legales y reglas de privacidad con respecto a su información PHI.

Respetamos su privacidad y mantenemos toda la información de salud de nuestros pacientes con cuidado y bajo estrictas medidas de confidencialidad. Nuestro personal está obligado a seguir este reglamento en todo momento.

POR FAVOR LEA ESTE AVISO INFORMATIVO QUE LE ESTAMOS ADJUNTANDO. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Lynne Seabloom, nuestra Oficial de Privacidad de HIPAA, al teléfono 760-435-4103.

Aviso Informativo Sobre las Reglas de Privacidad de La Ciudad de Oceanside

El Propósito de este Aviso: Esta notificación describe sus derechos legales, le informa sobre nuestras reglas de privacidad, y le explica de que manera la Ciudad de Oceanside está autorizada a usar y revelar su información de PHI.

Los Usos y disposiciones de su PHI que Pueden ser Utilizados sin su Consentimiento.

La Ciudad de Oceanside podría usar o revelar su información PHI *sin* tener su consentimiento, o *sin* darle la oportunidad de oponerse, por los siguientes propósitos:

Tratamiento médico. Esto incluye información verbal y escrita que obtenemos sobre usted y que utilizamos con respecto a su condición y tratamiento médico, suministrado por nosotros u otro personal médico (esto incluye a médicos y enfermeras, quienes nos dan órdenes para permitirnos proporcionarle tratamiento médico). Además también esta incluida la información que le proporcionamos a cualquier otro personal de cuidado de la salud médica, a quienes le transferimos su cuidado y tratamiento médico. Esto también abarca información de su PHI transferida a través de radio, internet, o por teléfono al hospital o centros de mensajes, así como también incluye proporcionar al hospital una copia de la constancia médica escrita y preparada durante el trayecto que se le proporciona tratamiento médico y transporte.

Pago. Esto incluye cualquier papeleo que realizamos con el fin de obtener un reembolso por los servicios que le hemos ofrecido, organizar su información PHI, presentar las facturas a las oficinas de seguros médicos (ya sea directamente o a través de una tercera compañía de facturación), gestionar reclamaciones facturadas por los servicios prestados, tomar determinaciones sobre necesidades médicas y revisiones, hacer revisiones sobre el desempeño del servicio, como también recaudar cuentas pendientes.

Operaciones sobre Cuidado de Salud. Esto incluye actividades de servicio de calidad, licencias, y programas de capacitación para garantizar que nuestro personal cumpla con las normas generales de atención siguiendo las reglas y procedimientos establecidos, la obtención de servicios legales y financieros, guías en la planificación de negocios, el proceso de reclamaciones y quejas, la preparación de informes que protejan su privacidad de identificación para fines de colección de datos, recaudación de fondos, y ciertas actividades de negocios.

Recaudación de Fondos. Podríamos contactarlo cuando estamos en el proceso de recaudar fondos para la Ciudad de Oceanside, o para proporcionarle información acerca de nuestro programa de suscripción anual.

También podríamos utilizar su PHI para ciertas actividades de recaudación de fondos. Por ejemplo, podríamos utilizar información como su nombre, domicilio, número de teléfono, u otra información, con el fin de comunicarnos con usted para recaudar fondos para nuestra agencia. También podríamos compartir su información con otra organización que podría comunicarse con usted para recaudar fondos en nombre de nuestra ciudad. Si la Ciudad de Oceanside utiliza su PHI para la recaudación de fondos, usted tiene el derecho a decidir que no desea recibir tales comunicaciones sobre recaudación de fondos. Si usted no desea que lo contactemos para recaudaciones de fondos, diríjase a Lynne Seabloom, nuestra Oficial de Privacidad de HIPAA, por escrito, por teléfono, o por correo electrónico. Información sobre cómo contactarse con nuestra Oficial de privacidad de HIPAA, aparece al final de este aviso. También queremos recordarle su derecho a decidir que no desea que se comuniquen con usted en el futuro para recaudación de fondos, cuando utilicemos su PHI para realizar dichas recaudaciones. La Ciudad de Oceanside le proporcionará asistencia médica sin poner como una condición su participación en actividades de recaudación de fondos.

Advertencias sobre Transportes Programados e Información sobre Otros Servicios. Nosotros también podríamos contactarlo para recordarle sobre sus citas médicas ya programadas para transporte de ambulancia y que no son de emergencia, o para proporcionarle información adicional sobre otros servicios que ofrecemos, beneficios relacionados con la salud, u otros servicios que puedan ser de su interés.

Otros Usos y Disposiciones de su PHI que Podemos utilizar Sin su Consentimiento.

La Ciudad de Oceanside también está permitida a usar o revelar su PHI *sin* su consentimiento por escrito, en las siguientes situaciones:

- ❖ Para actividades de tratamiento de otro proveedor de cuidados médicos;
- ❖ A otro proveedor de cuidados médicos o entidad para las actividades de pago del proveedor, o la entidad que recibe la información (por ejemplo, su compañía de seguros u hospital);
- ❖ A otro proveedor de cuidados médicos (como por ejemplo el hospital al que lo transportaron), para operaciones de cuidado médico de la entidad que recibe la información, siempre y cuando la entidad que recibe la información tiene o ha tenido contacto con usted y su información PHI esta relacionada con esas personas;
- ❖ Para la detección de fraude y abuso o para actividades relacionadas con el cumplimiento de la ley;
- ❖ A un miembro de la familia, algún otro pariente, o amigo cercano, u otro individuo involucrado en su cuidado, si es que obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo, o si le damos una oportunidad para oponerse a esta revelación de información, y usted decide no oponerse. También podríamos revelar información sobre su salud a su familia, parientes, o amigos si deducimos que de acuerdo a las circunstancias, usted no se opondría compartir su información con ellos. Por ejemplo, podríamos suponer que usted está de acuerdo con la revelación de su información personal de salud a su cónyuge, cuando su cónyuge fue el o la que llamó a la ambulancia para su asistencia. En situaciones cuando usted esta incapacitado de oponerse (porque usted no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), nosotros podríamos en nuestro juicio profesional, determinar que lo mejor para usted seria revelar su información a un miembro de su familia, pariente, o amigo. En esa situación, revelaremos solamente información sobre su salud aplicable a la participación de esa persona en su cuidado. Por ejemplo, podríamos darle información a la persona que lo acompañó en la ambulancia sobre algunos de sus síntomas, o también podríamos darle a esa persona una actualización de sus signos vitales y del tratamiento que se le está administrando por nuestro equipo de ambulancia;
- ❖ A una autoridad de salud pública en determinadas situaciones (por ejemplo, reportando un nacimiento, muerte o enfermedad, como exige la ley), como parte de una investigación de salud pública, para informar sobre el abuso de un niño o adulto, negligencia o violencia doméstica, para reportar eventos adversos tales como defectos en algun producto, o para notificar a una persona que ha sido expuesta a una posible enfermedad contagiosa, como es requerido por la ley;
- ❖ Para actividades de supervisión de salud incluyendo auditorías o investigaciones gubernamentales, inspecciones, procedimientos de disciplina, y otras acciones administrativas o judiciales emprendidas por el gobierno(o sus contratistas) para supervisar por ley el sistema de salud;
- ❖ Para procesos judiciales y administrativos, cuando es requerido por una orden judicial o administrativa, o en algunos casos en respuesta a una citación, u otro proceso legal;
- ❖ Para actividades de cumplimiento de la ley en situaciones limitadas, como cuando hay una solicitud de orden legal, o cuando la información es necesaria para localizar a un sospechoso o detener un crimen;
- ❖ Para funciones militares, Defensa Nacional, seguridad, y otras funciones especiales de gobierno;
- ❖ Para evitar una amenaza grave hacia la salud y la seguridad de una persona o el público en general;
- ❖ Para propósitos de compensación a los trabajadores y en el cumplimiento con las leyes de compensación de trabajadores;

- ❖ A médicos forenses, examinadores médicos, y directores de funerarias para la identificación de una persona fallecida, para determinar la causa de muerte, o para preceder con sus deberes según lo autorizado por la ley;
- ❖ Si usted es un donante de órganos, podemos revelar su información médica a organizaciones que manejan la adquisición o trasplante de órganos, ojos o trasplante de tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órganos y trasplantes; y
- ❖ Para proyectos de investigación, aunque esto estará sujeto a una supervisión estricta; aprobaciones e información de salud solo serán reveladas cuando su privacidad corra un mínimo riesgo, y este apropiadamente protegida en conformidad con la ley.

Usos y revelaciones de su PHI que Requieren su Consentimiento por Escrito Cualquier otro uso o revelación de su PHI, que sea distinto a lo que hemos enumerado anteriormente, sólo se realizará con su consentimiento por escrito (este consentimiento debe identificar específicamente la clase de información que estaremos usando o revelando, así como también cuándo y cómo estaremos usando y revelando esta información). Nosotros tenemos que obtener su consentimiento por escrito antes de usar o revelar específicamente lo siguiente: (a) Sus notas de psicoterapia, solo cuando sea para llevar a cabo nuestro propio tratamiento, pagos o para fines de operaciones de atención médica, (b) su PHI cuando recibimos pagos durante la comunicación de negocios; o (c) su PHI cuando nos involucramos en la venta de su PHI. **Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento, por escrito, excepto con la información medica que ya hemos usado o revelado basándose en ese consentimiento.**

Sus Derechos con Respecto a su PHI

Como paciente, usted tiene varios derechos con respecto a su información PHI. A continuación está la lista de estos derechos:

Derecho a tener acceso, copiar, o inspeccionar su PHI. Usted tiene el derecho de revisar y copiar la mayoría de la información médica que hemos recopilado y que conservamos sobre usted. Solicitudes de acceso a su PHI deben realizarse por escrito y ser dirigidas a nuestra Oficial de Privacidad de HIPAA, Lynne Seabloom. En circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a su información médica, y usted puede apelar ciertos tipos de negaciones. Tenemos formularios disponibles para que usted solicite acceso a su PHI, le proporcionaremos una respuesta por escrito si su solicitud ha sido rechazada, y le daremos a conocer sus derechos de apelación. Si usted desea revisar y copiar su información médica, debe contactarse con Customer Care al teléfono (760) 435-3900.

Normalmente le proporcionaremos acceso a su información médica dentro de los 30 días de su petición hecha por escrito. Si mantenemos su información médica en formato electrónico, entonces usted tiene derecho a obtener una copia de esa información en el mismo formato. Además, si usted solicita que enviemos una copia de su PHI directamente a otra persona, se puede hacer siempre y cuando su petición sea hecha por escrito y firmada por usted (o su representante). Usted tendrá que identificar claramente a la persona que ha designado a recibir su información, como también adónde enviar la copia de su PHI.

También podríamos cobrarle una cuota razonable por el costo de proporcionarle acceso a su PHI, esto esta sujeto a los límites aplicables de la ley estatal.

Derecho a solicitar una modificación de su PHI. Usted tiene el derecho de solicitar que se hagan modificaciones en su información médica, la cual esta mantenida bajo protección y que tenemos en archivo. Las solicitudes para modificar su PHI deben realizarse por escrito, usted debe de comunicarse con nuestra Oficial de Privacidad de HIPAA, Lynne Seabloom, si desea hacer una solicitud para modificar su información, y llenar un formulario.

Cuando la modificación es requerida por la ley, haremos las correcciones de su información dentro de los 60 días de su petición, y le notificaremos cuando la información ha sido modificada. En determinadas circunstancias estamos autorizados por ley a rechazar su petición de modificar su información médica, como por ejemplo cuando creemos que la información que nos ha pedido modificar, esta correcta. **Derecho a solicitar una lista de como se ha utilizado y revelado información sobre su PHI.** Usted puede solicitar una constancia de cómo su información médica se ha dado a conocer. Si usted desea solicitar un informe de como su información PH, que esta sujeta a requisitos de privacidad, ha sido utilizada. Usted debe de contactarse con nuestra Oficial de Privacidad de HIPAA, Lynne Seabloom, y hacer su solicitud por escrito. Usted tiene el derecho de recibir una lista de ciertas revelaciones de información de su PHI, efectuadas en los últimos seis (6) años

previos a su solicitud. Nosotros no tenemos la obligación de proporcionarle información sobre usos de su PHI en las siguientes circunstancias: (a) para fines de tratamiento, pago, u operaciones de atención médica; (b) para revelaciones de información que usted mismo expreso su autorización; (c) para revelaciones de información hechas a usted, su familia, o amigos, o (d) para revelaciones de información hechas para el cumplimiento de la ley o algún otro propósito gubernamental.

Derecho a solicitar restricciones sobre los usos y revelaciones de su PHI. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones de cómo nosotros podemos usar y revelar su información médica para tratamiento medico, pago, u operaciones del cuidado de la salud, o para restringir la información que es proporcionada a la familia, amigos, y otros individuos involucrados en su atención médica. Sin embargo, nosotros sólo estamos obligados a cumplir con la solicitud de su restricción en circunstancias limitadas, y según nuestro reglamento, generalmente no tenemos que estar de acuerdo con cualquier restricción, a menos que sea requerida por la ley. Si usted desea solicitar una restricción sobre el uso o la revelación de su PHI, debe contactarse con nuestra Oficial de Privacidad de HIPAA, Lynne Seabloom, y hacer una solicitud por escrito. La Ciudad de Oceanside está comprometida a respetar su solicitud de restringir su información PHI, pidiendo que no revelemos su información medica a su asegurador de salud, sobre un servicio que usted (o alguien en su nombre) haya pagado en su totalidad a la Ciudad de Oceanside. También estamos obligados a respetar cualquier restricción que ya ha sido acordada. No obstante, aunque nosotros estuviéramos de acuerdo con una restricción que usted ha solicitado, pero se ha presentado la necesidad de proporcionarle tratamiento medico de emergencia, nosotros podríamos revelar su información de PHI a un proveedor de atención médica, para proseguir con su tratamiento medico de emergencia.

Una restricción puede ser cancelada si usted esta de acuerdo o solicita su finalización. Muchas de las restricciones actuales pueden también ser canceladas por la Ciudad de Oceanside, siempre y cuando usted sea notificado. Si es así, la información sobre su PHI que es recibida después de la restricción, ya no está sujeta a ninguna limitación. Pero la información de su PHI que estaba limitada antes de la notificación de la restricción, deberá continuar siendo tratada como una información PHI con las restricciones acordadas. **Derecho a ser notificado si alguien sin consentimiento ha tenido acceso a su información medica.** Si descubrimos que se ha producido una violación de privacidad de su información PHI, la Ciudad de Oceanside le notificara sobre esa infracción por correo certificado, enviando esta notificación a la dirección más reciente que tenemos de usted en nuestro archivo. Si usted prefiere ser notificado sobre estas infracciones por correo electrónico, póngase en contacto con nuestra Oficial de Privacidad de HIPAA, Lynne Seabloom, para informarnos de su preferencia de contacto y para darnos una dirección correcta de su correo electrónico, y así enviarle la notificación electrónicamente. Usted podrá retirar su consentimiento de recibir aviso por correo electrónico en cualquier momento, contactándose con Lynne Seabloom. **Derecho a pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que enviemos su información PHI a un lugar diferente (por ejemplo, a otro lugar que no sea su domicilio) o de una manera específica (por ejemplo, por correo electrónico en vez de correo regular). Sin embargo, sólo cumpliremos con las peticiones que sean razonables, cuando sea requerido por la ley. Si usted solicita que le enviemos su información de PHI a una localidad específica o en un formato específico, debe contactarse con nuestra Oficial de Privacidad de HIPAA, Lynne Seabloom, y hacer su solicitud por escrito. **Internet, Correo Electrónico, y el Derecho a Obtener Copia del Aviso.** Si la Ciudad de Oceanside tiene una pagina web, publicaremos una copia de este aviso en nuestro sitio de internet, y así le estará disponible electrónicamente. Si usted nos permite, le enviaremos este aviso por correo electrónico en vez de correo regular. Pero si usted lo prefiere, podría solicitar una copia de este aviso. **Revisiones de esta Notificación** La Ciudad de Oceanside está obligada a regir bajo los términos de la versión de este aviso, que esta actualmente en vigor. Sin embargo, la Ciudad de Oceanside se reserva el derecho a cambiar los términos de este aviso en cualquier momento; estos cambios serán efectivos inmediatamente, y serán aplicables a todas las informaciones PHI que tenemos en archivo. Cualquier cambio en el contenido de este el aviso será publicado inmediatamente en nuestras instalaciones, y en nuestra pagina de internet si esta disponible. Usted puedes obtener una copia reciente de este aviso, contactándose con nuestra Oficial de Privacidad de HIPAA, Lynne Seabloom. **Sus Derechos Legales y quejas**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted tiene el derecho a presentarnos su queja o al Departamento de Secretaria de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No habrá ningún tipo de acción represaria hacia usted por presentar sus quejas a la ciudad o al gobierno.

Si tiene preguntas, comentarios, consultas o quejas, las puede dirigir Lynne Seabloom, nuestra Oficial de Privacidad de HIPAA. No habrá ningún tipo de represarias a personas que presenten su quejas.

Si tiene alguna pregunta o si desea presentar una queja o reclamar cualquier derecho que figura en este aviso, por favor comuníquese con:
Lynne Seabloom, Oficial de Privacidad * La Ciudad de Oceanside * 300 North Coast Highway * Oceanside, CA 92054 * 760-435-410 * Lseabloom@ci.oceanside.ca.us

Fecha de Vigencia de esre Aviso : 9/20/2013