

## **BUTTE COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH**

### **AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**Efectivas desde el 14 de Abril del 2003**

**Este aviso describe de que forma podria ser usada y divulgada informacion medica suya y como usted podria tener acceso a esta informacion. POR FAVOR LEALO cuidadosamente.**

Si usted tiene alguna duda acerca de esta notificacion, por favor comuniquese con el **Butte County Department of Behavioral Health, attn: Complaint Officer, 107 Parmac Road Ste 4, Chico, CA 95926.**

#### **PARA QUIEN ES ESTA NOTIFICACION**

Esta notificacion describe las normas privadas del Butte County Department of Behavioral Health (BCDBH) y de cualquier profesional de la salud que contratemos y le autoricemos el acceso a su historial medico para su beneficio o beneficio de nuestros contratistas. Esto incluye a cualquier estudiante, interno, voluntario o persona sin licencia que le preste ayuda mientras le brindamos atencion, y a todos los empleados, personal administrativo y cualquier otra persona que trabaje para esta agencia. Esas personas pueden compartir informacion medica acerca de usted con motivo de tratamiento, pagos u gestiones, como se ha descrito en esta notificacion.

#### **NUESTRA RESPONSABILIDAD**

Nosotros entendemos que su informacion medica es personal y privada y estamos comprometidos a protegerla. Nosotros creamos un historial medico de los cuidados y servicios que usted ha recibido en nombre de esta agencia. Asi podemos proveerle de cuidados de calidad y ademas cumplimos con ciertos procedimientos legales. Esta notificacion se aplica para todos los registros de cuidados que le han sido proporcionados por esta agencia, sus proveedores y personal administrativo, y todos aquellos que le hayan prestado servicio en nombre del BCDBH. Tambien se aplica a cualquier registro que nosotros hayamos recibido de sus otros proveedores. Otros proveedores pueden tener diferentes normas o notificaciones creadas en sus oficinas para su beneficio con respecto al uso u divulgacion de informacion medica suya.

#### **COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED**

Las siguientes categorias describen las diferentes formas de uso y divulgacion de informacion medica. Para cada categoria de uso y divulgacion, nosotros explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos. No todos los usos u formas de divulgacion estaran enumerados en esta lista. De cualquier modo todas las formas de divulgacion estaran dentro de estas categorias.

**Por tratamiento-** Nosotros podriamos usar informacion medica acerca de usted para darle atencion o servicios medicos. El termino "Tratamiento Medico" incluye todos los cuidados de salud mental que pueda recibir aqui o de nuestros contratistas. (Por ejemplo, pacientes externos que reciben servicios de salud mental, pacientes internos en tratamiento por abuso de sustancias). Nosotros podriamos divulgar informacion privada acerca de sus cuidados de salud mental a otros profesionales de la salud de esta agencia, quienes esten o hayan estado relacionados en sus cuidados (psiquiatras, psicologos, trabajadores sociales licenciados, tecnicos, enfermeras (os) . Tambien podriamos revelar a otros proveedores de salud mental fuera de esta agencia, a doctores que son responsables de sus cuidados, enfermeras(os), estudiantes medicos o para cualquier otro miembro del equipo a cargo de los cuidados de salud mental o que este relacionado en su tratamiento o cualquiera que trabaje para esta agencia proveyendo cuidados a los pacientes. Por ejemplo, un licenciado clinico puede consultar con psiquiatra para programarle a usted una consulta acerca de sus medicamentos. Su clinico entonces, puede discutir con el psiquiatra el caso suyo y el porque usted deberia usar tal o cual medicamento. Diferentes personas del equipo podrian estar relacionados en los resultados de algun examen de laboratorio o en la obtencion de referencias suyas de algun medico de afuera, sobre algun examen fisico. Cuando usted opta por consultar a otro doctor. Nosotros podriamos divulgar informacion suya a su nuevo doctor. Si usted esta recibiendo tratamiento en nuestro programa de abuso de sustancias, ninguna informacion con respecto a usted sera compartida con profesionales de la salud fuera del programa sin su autorizacion, a no ser que usted sufra una emergencia medica o que sea exigido por la ley.

**Por pagos -** Nosotros podriamos usar o compartir informacion medica suya de manera que los pagos y cobros por tratamiento y servicios que usted recibe sean enviados a usted, la compania de seguros o a una tercera persona. Por ejemplo, nosotros le damos a usted consejeria y un plan de salud, asi es que ellos nos pagaran a nosotros o le reembolsaran a usted por los beneficios recibidos. Nosotros ademas les informaremos acerca del tratamiento o servicios que planeamos darle para obtener una rapida aprobacion o determinar lo que su plan cubre del tratamiento. Si usted esta recibiendo atencion en nuestro programa de abuso de sustancias su autorizacion firmada sera obtenida antes de nosotros contactar su compania de seguros o a cualquier otra agencia para el reembolso.

2

**Por Operaciones Administrativas -** Nosotros podriamos usar y revelar informacion medica sobre usted para realizar las gestiones administrativas que sean necesarias. Esto es necesario para el manejo de esta agencia y asi estar seguros

que todos los paciente reciben cuidados de calidad. Por ejemplo, nosotros podriamos usar informacion medica suya para revisar el tratamiento y servicios que se le han brindado y asi evaluar la actuacion del equipo de profesionales de la salud en el caso suyo. Nosotros ademas podriamos divulgar informacion medica a profesionales de salud mental, estudiantes, internos, y cualquier otro miembro de otra agencia con el proposito de revisar y aprender. Podriamos intercambiar informacion con otra agencia para revisar, comparar nuestro trabajo y ver de que manera podemos mejorar los servicios que ofrecemos. Podriamos ademas quitar informacion que lo identifique a usted, de esta manera otros pueden usar su historial medico con fines de studio, sin poder identificar al paciente. Nosotros podriamos usar su informacion medica en auditorias, casos de fraude y abuso, tambien en planeamiento y adminstracion del porgrama de Medi-Cal.

**Recordatorio Para Citas** - Nosotros podriamos usar y divulgar su informacion medica para recordarle a usted de alguna cita para su tratamiento.

**Tratamientos Alternativos** - Nosotros podriamos usar informacion medica suya para hacerle saber o recomendarle diferentes opciones o alternativas de tratamientos que pueden ser de su interes.

**Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud** -Nosotros podriamos usar y divulgar informacion medica suya para hacerle saber acerca de los beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interes. Por ejemplo, exámenes de salud gratis, programas alimenticios y otros.

**Individuos Relacionados Con Sus Cuidados o Pagando Por Sus Cuidados** - Con su permiso nosotros podriamos divulgar algo de su informacion a un amigo o familiar que este asumiendo o calaborando con los pagos de su tratamiento. Por ejemplo: si usted le pide a un familiar recogerle sus medicamentos en la farmacia, nosotros le podriamos decir a esa persona que medicamento es y cuando estara listo para se retirado.

**Como Requerimiento de Ley** - Nosotros podriamos divulgar informacion medica suya cuando la ley federal, estatal o ley local nos lo exija. Por ejemplo, si nosotros razonablemente sospechamos de abuso infantil, tenemos el deber por ley de reportarlo. Incluso cualquier informacion que sea necesario divulgar al departamento de salud y servicios par aasegurarnos que sus derechos no han sido violados.

**Para Prevenir una seria Amenaza a la Salud o Seguridad** - Nosotros podriamos divulgar informacion medica suya solamente cuando sea para prevenir una seria amenaza 3

su salud o a la salud y seguridad publica. Esta informacion se la dariamos solamente a alguien que nosotros estemos seguros podria prevenir que sucediera esa amenaza dano.

**Para Apelaciones** - Usted o quien cuida de su salud podria apelar las decisiones tomadas por Medi-Cal acerca de sus cuidados. Su informacion medica podria ser utilizada para tomar una decision en estas apelaciones.

**Equipos Multidisciplinarios** - Nosotros podriamos divulgar informacion medica suya para compensacion de trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios a trabajadores por lesiones o enfermedades relacionados con el trabajo que efectuan.

**Militares y Veteranos** - Si usted es miembro de las fuerzas armadas podriamos divulgar informacion medica suya si nos lo exigieran autoridades de un comando militar. Nosotros tambien podriamos revelar informacion medica acerca del personal militar extranjero a sus correspondientes autoridades de mando.

**Compensacion a Trabajadores** - Nosotros podriamos divulgar informacion medica suya para compensacion de trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios a trabajadores por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo que realizan.

**Riesgos Contra la Salud Publica** - Nosotros podriamos divulgar informacion medica acerca de usted para actividades de la salud y bienestar social. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesions o discapacidades;
- Reportar nacimientos y defunciones;
- Reportar abuso o negligencia con ninos, ancianos o adultos incapacitados;
- Reportar reacciones alergicas o problemas con medicamentos;
- Notificar a personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad o condicion medica peligrosa o puedan estar en riesgo de contraerla o diseminarla.

Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si sospechamos si algun paciente ha sido victima de abuso o negligencia.

**Actividades de Vigilancia de la Salud** - Nosotros podriamos divulgar informacion medica suya a una agencia de vigilancia de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de vigilancia incluyen por ejemplo:

auditorias, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias.

Estas actividades de vigilancia incluyen por ejemplo: auditorias, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear los sistemas de cuidado de salud y programas gubernamentales, de conformidad con las leyes de derecho civil.

4

**Juicios y Disputas** - Si usted ha estado envuelto en un juicio o disputa, nosotros podriamos liberar informacion medica suya a una corte u orden administrativa. Podriamos tambien liberar informacion medica suya en respuesta a una citacion, solicitud de investigacion u otro proceso legal para alguien mas relacionado con la disputa, pero solamente si es autorizado por la ley y si se han hecho esfuerzos por decirle de este requerimiento (que podria ser una notificacion por escrito a usted) o para obtener una orden de proteccion de la informacion requerida.

**Aplicacion de la Ley** - Podriamos liberar informacion suya si se nos pide por medio de un oficial ejecutor de la ley:

- En respuesta a una orden de la corte, citacion, orden judicial, notificacion o procesos similares;
- Para identificar o localizer sospechosos, fugitivos, testigos o personas desaparecidas, solo si es autorizado por la ley;
- Para proveer informacion acerca de victimas de un crimen bajo ciertas circunstancias;
- Para reportar conductas criminales.

**Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia**- Podriamos divulgar informacion medica suya a oficiales federales autorizados por inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Autorizacion Por Razones de Seguridad** - Podriamos divulgar informacion medica suya para tomar decisiones acerca de su estabilidad medica por razones de seguridad. Tambien podriamos revelar su condicion medica a oficiales en el Departamento de Estado que necesiten tener acceso a esta informacion para dichos propositos.

**Jueces de Primera Instancia, Investigadores Medicos y Directores de Casa Funerarias** - Nosotros podriamos divulgar informacion medica a forenses o investigadores medicos bajo ciertas circunstancias. Estas podrian ser por ejemplo, para identificar un cadaver o determinar las causas de su muerte.

**Servicios de Proteccion para el Presidente y Otros** - Nosotros podriamos divulgar informacion medica suya a oficiales federales autorizados para que puedan proteger al presidente u otros oficiales electos constitucionalmente.

**Presidarios** - Si usted esta en una institucion correccional o bajo custodia de oficiales de la ley podriamos divulgar informacion medica suya a la institucion correccional o a los oficiales que lo custodian si fuera necesario brindarles cuidados para proteger su salud y seguridad, asi como la de otros o de la misma institucion correccional.

**Derecho a Inspeccionar y Copiar** - Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar informacion medica que puede ser usada para tomar decisiones sobre sus cuidados. Usualmente esto incluye historial medico y cuenta de cobros, pero podria no incluir informacion sobre su salud mental.

Para inspeccionar y copiar dicha informacion medica, debe de presentar su solicitud por escrito a Privacy Officer, Butte County Department of Behavioral Health, 107 Parmac Road, Ste 4 Chico CA 95926. Ademas usted debe de dar razones que respalden su solicitud. Si usted solicita una copia de su informacion medica le cobraremos un valor adicional por la copia, envio u otros gastos relacionados con su solicitud.

Nosotros podriamos rechazar su solicitud para inspeccionar y copiar sus registros, solo en muy pocas y limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a su informacion medica puede solicitar se revise tal negativa. Algun otro professional de la salud sera elegido para revisar su solicitud. Nosotros acataremos los resultados. Si como resultado de la revision a usted se le sigue negando el acceso a su informacion medica, usted puede arreglar que otro professional de la salud revise sus registros en nombre suyo.

**Derecho para Corregir** - Si usted piensa que su informacion medica esta incorrecta o incompleta, usted puede solicitarnos corregirla. Usted tiene el derecho de solicitar una correccion siempre y cuando la informacion sea realmente incorrecta.

Para solicitar una correccion, su solicitud debiera ser por escrito y dirigida a Privacy Officer, Butte County Department of Behavioral Health, 107 Parmac Road, Ste 4, Chico, CA95926. Ademas usted debe dar razones que respalden su solicitud.

Nosotros podriamos denegar su solicitud de correccion si no es por escrito o no incluye una razon que respalde su solicitud. Tambien podriamos denegarla si usted solicita corregir informacion que:

- No haya sido elaborada por nosotros, a no ser que la persona o entidad que la elaboro no se encuentre disponible para hacer la correccion;

- No fuera parte de la informacion medica guardada que conservamos en nuestros archivos medicos;
- No fuera parte de la informacion medica que a usted se le permitiria inspeccionar o copiar, o
- Si estuviera correcta y completa.

**Derecho para Autorizar el Uso y Divulgacion de su Informacion Medica** - Usted tiene el derecho de autorizar el uso o divulgacion de informacion medica privada a las personas que estan trabajando en sus cuidados de salud. Esto podria incluir Organizaciones Comunitarias de Base, Oficiales de Escuela, Servicios Sociales y otros. Usted podria incluso autorizarnos a revelar informacion medica suya protegida para su abogado, abogado de derecho del consumidor, su agente de

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la informacion medica que mantenemos en nuestros registros sobre usted:

5

cuidados de salud, a un familiar o a cualquiera que usted designara. Nosotros tendriamos el derecho de darle seguimiento y aprobar dicha solicitud segun la ley lo permita. Nosotros deberiamos acceder a su solicitud de divulgar sus registros a su abogado o a su abogado de derecho del consumidor quien estaria actuando en nombre suyo.

**Derecho a que le Informen sobre el Numero de Divulgaciones** - Usted tiene derecho de solicitar una lista detallada de todas las veces que se ha divulgado informacion medica suya con motivo de tratamiento, pagos u operaciones constables. Tambien como resultado de una solicitud hecha por usted mismo para una tercera persona.

Para solicitar esta lista detallada de divulgaciones usted debe de someter su solicitud por escrito a Privacy Officer, Butte County Department of Behavioral Health, 107 Parmac Road, Ste 4, Chico CA 95926. Su solicitud debe establecer las fechas especificas que desee, pero no pueden ser antes del 14 de Abril del 2003 ni exceder un periodo de tiempo mayor de 6 anos a partir del 14 de Abril del 2003. Su solicitud debe indicar como quiere las respuestas ( por ejemplo, por escrito o electronicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses, sera gratis. Para listas adicionales le cobraremos el costo de la gestion. Nosotros le diremos el costo y usted decidira si se continua con la peticion o la modifica antes de incurrir en gastos.

**Derecho a Solicitar una Restriccion** - Usted tiene derecho de solicitar una restriccion o limitaciones sobre la divulgacion de informacion medica que usamos para su tratamiento, pagos u operaciones administrativas. Ademas tiene el dercho de solicitar que se limite la informacion medica que se revela a la persona encargada de los pagos por su salud, como por ejemplo una amigo o familiar. Incluso usted puede solicitar que no se revele ninguna informacion medica a familiares o amigos, acerca de su diagnostico o tratamiento.

**Nosotros No Estamos Obligados a Aceptar Su Peticion de Restriccion** - Si nosotros estamos de acuerdo con su solicitud de limitar el uso de su informacion medica, nosotros accederemos a ella, a menos que , la informacion se necesite para darle algun tratamiento de emergencia. Para solicitar restriccion usted debe hacer su solicitud por escrito a su proveedor. En su solicitud usted debe de especificar que informacion quiere que se limite, use , divulgue o ambos, y para quien sera limitada la informacion. Por ejemplo, si usted en un menor recibiendo atencion y servicios delicados, usted puede decirnos que no le cobremos a la aseguradora de sus padres por estos servicios. Esta informacion se escribira en su historial medico y otras fuentes de informacion para que este a la vista.

### **Derecho a Solicitar Comunicacion Confidencial-**

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a asuntos medicos, como usted quiera y donde usted prefiera. Por ejemplo, usted puede solicitar que

7

solo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicacion confidencial, usted debe hacerlo por escrito a su proveedor. Nosotros no preguntaremos las causas, aceptaremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe de especificar cuando, como y donde desea que nos comuniquemos con usted.

**Derecho a una Copia de esta Notificacion** - Usted puede pedirnos una copia de esta notificacion en cualquier momento. Aun si usted solicito recibirla electronicamente tiene derecho a solicitar una copia por escrito.

Usted puede obtener una copia de esta notificacion de su proveedor o de Privacy Officer, Butte County Department of Behavioral Health, 107 Parmac Road . Ste 4 , Chico, CA 95926.

*Esta oficina esta generalmente abierta de Lunes a Viernes de 9:00 am a 4:00 pm. Excepto los dias feriados.*

### **CAMBIOS A ESTA NOTIFICACION**

Si usted cree que sus derechos a su privacidad han sido violados , usted puede presentar una queja al BCDBH o a la Secretary of Department of Health and Human Services. Para presentar una queja al BCDBH, contactese con Privacy Officer en Butte County Department of Behavioral Health, 107 Parmac Road, Ste 4, Chico, CA 95926 quien es la entidad responsable sobre las normas de confidencialidad. Todas las quejas deberan someterse por escrito.

Usted no sera penalizado o perjudicado por presentar una queja.

**OTROS USOS DE SU INFORMACION MEDICA**

Otros usos de su informacion medica no cubiertos en esta notificacion o por la leyes que se aplican a nosotros, se haran solamente con su permiso y por escrito. Si usted nos ha autorizado a divulgar informacion medica suya, puede anular dicho permiso por escrito en cualquier momento. Si usted nos anula su permiso, nosotros no divulgaremos mas informacion medica sobre usted. Pero usted debe entender que no podemos pedir se nos regrese cualquier informacion suya que hayamos entregado antes de que usted anulara su permiso, ademas usted entiende que nosotros estamos obligados a retener nuestros registros sobre las atenciones medicas que le hemos brindado.

Esta notificacion le explicara la forma en que nosotros usamos o divulgamos su informacion medica. Nosotros ademas describimos sus derechos y ciertas obligaciones. A nosotros se nos exige po ley que esa informacion medica que lo identifica se mantenga en privado, tambien a notificarle de nuestras obligaciones legales y privacidad de practica con respecto a su informacion medica y a cumplir con los terminos de este aviso actualmente en vigencia. 1

6  
8