

# **BUTTE COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH**

Efectivas desde el 14 de Abril del 2003

## **AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**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 notificación, por favor comuníquese con el

Butte County Department of Behavioral Health,  
Attn: Privacy Coordinator,  
3217 Cohasset Rd,  
Chico, CA 95973.

## **PARA QUIEN ES ESTA NOTIFICACION**

Esta notificación describe las normas privadas del Butte County Department of Behavioral Health (BCDBH) y de cualquier profesional de la salud que contratemos y le autorizamos el acceso a su historial médico 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 atención, y a todos los empleados, personal administrativo y cualquier otra persona que trabaje

para esta agencia. Esas personas pueden compartir información médica acerca de usted con motivo de tratamiento, pagos u gestiones, como se ha descrito en esta notificación.

## **NUESTRA RESPONSABILIDAD**

Nosotros entendemos que su información médica es personal y privada y estamos comprometidos a protegerla. Nosotros creamos un historial médico de los cuidados y servicios que usted ha recibido en nombre de esta agencia. Así podemos proveerle de cuidados de calidad y además cumplimos con ciertos procedimientos legales.

Esta notificación 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. También

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 divulgación de información médica suya.

Esta notificación le explicara la forma en que nosotros usamos o divulgamos su información médica. Nosotros además describimos sus derechos y ciertas obligaciones. A nosotros se nos exige po ley que esa información médica que lo identifica se mantenga en privado, también a notificarle de nuestras obligaciones legales y privacidad de práctica con respecto a su información médica y a cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigencia.

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

Las siguientes categorías describen las diferentes formas de uso y divulgación de información médica. Para cada categoría de uso y divulgación, nosotros explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos. No todos los usos u formas de divulgación estarán enumerados en esta lista. De cualquier modo todas las formas de divulgación estarán dentro de estas categorías.

- > **Por tratamiento**- Nosotros podríamos usar información médica acerca de usted para darle atención o servicios médicos. El término “Tratamiento Médico” incluye todos los cuidados de salud mental que pueda recibir aquí o de nuestros contratistas. (Por ejemplo, pacientes externos que reciben servicios de

salud mental, pacientes internos en tratamiento por abuso de sustancias). Nosotros podríamos divulgar información privada acerca de sus cuidados de salud mental a otros profesionales de la salud de esta agencia, quienes estén o hayan estado relacionados en sus cuidados (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales licenciados, técnicos, enfermeras (os)).

También podríamos revelar a otros proveedores de salud mental fuera de esta agencia, a doctores que son responsables de sus cuidados, enfermeras(os), estudiantes médicos o para cualquier otro miembro del equipo a cargo de los cuidados de salud mental o que esté relacionado en su tratamiento o cualquiera que trabaje para esta agencia proveyendo cuidados a los pacientes. Por ejemplo, un licenciado clínico puede

consultar con psiquiatra para programarle a usted una consulta acerca de sus medicamentos. Su clínico entonces, puede discutir con el psiquiatra el caso suyo y por qué usted debería usar tal o cual medicamento. Diferentes personas del equipo podrían estar relacionados en los resultados de algún examen de laboratorio o en la obtención de referencias suyas de algún medico de afuera, sobre algún examen físico. Cuando usted opta por consultar a otro doctor. Nosotros podríamos divulgar información suya a su nuevo doctor.

Si usted está recibiendo tratamiento en nuestro programa de abuso de sustancias, ninguna información con respecto a usted será compartida con profesionales de la salud fuera

del programa sin su autorización, a no ser que usted sufra una emergencia médica o que sea exigido por la ley.

- > **Por pagos** - Nosotros podríamos usar o compartir información médica suya de manera que los pagos y cobros por tratamiento y servicios que usted recibe sean enviados a usted, la compañía de seguros o a una tercera persona. Por ejemplo, nosotros le damos a usted consejería y un plan de salud, así es que ellos nos pagaran a nosotros o le reembolsaran a usted por los beneficios recibidos. Nosotros además les informaremos acerca del tratamiento o servicios que planeamos darle para obtener una rápida aprobación o determinar lo que su plan cubre del tratamiento. Si usted está recibiendo atención en nuestro

programa de abuso de sustancias su autorización firmada será obtenida antes de nosotros contactar su compañía de seguros o a cualquier otra agencia para el reembolso.

- > **Por Operaciones Administrativas** - Nosotros podríamos usar y revelar información médica sobre usted para realizar las gestiones administrativas que sean necesarias. Esto es necesario para el manejo de esta agencia y así estar seguros que todos los pacientes reciben cuidados de calidad. Por ejemplo, nosotros podríamos usar información médica suya para revisar el tratamiento y servicios que se le han brindado y así evaluar la actuación del equipo de profesionales de la salud en el caso suyo. Nosotros además podríamos divulgar información médica a profesionales de salud

mental, estudiantes, internos, y cualquier otro miembro de otra agencia con el propósito de revisar y aprender. Podríamos intercambiar información con otra agencia para revisar, comparar nuestro trabajo y ver de que manera podemos mejorar los servicios que ofrecemos. Podríamos además quitar información que lo identifique a usted, de esta manera otros pueden usar su historial médico con fines de estudio, sin poder identificar al paciente. Nosotros podríamos usar su información médica en auditorias, casos de fraude y abuso, también en planeamiento y administración del programa de

- > **Recordatorio Para Citas** - Nosotros podríamos usar y divulgar su información médica para recordarle a usted de alguna cita para su

tratamiento.

- > **Tratamientos Alternativos** - Nosotros podríamos usar información médica suya para hacerle saber o recomendarle diferentes opciones o alternativas de tratamientos que pueden ser de su interés.
  
- > **Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud** -Nosotros podríamos usar y divulgar información médica suya para hacerle saber acerca de los beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Por ejemplo, exámenes de salud gratis, programas alimenticios y otros.

- > **Individuos Relacionados Con Sus Cuidados o Pagando Por Sus Cuidados** - Con su permiso nosotros podríamos divulgar algo de su información a un amigo o familiar que este asumiendo o colaborando con los pagos de su tratamiento. Por ejemplo: si usted le pide a un familiar recogerle sus medicamentos en la farmacia, nosotros le podríamos decir a esa persona que medicamento es y cuando estará listo para se retirado.
  
- > **Como Requerimiento de Ley** - Nosotros podríamos divulgar información médica 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 información que sea necesario divulgar al

departamento de salud y servicios par a asegurarnos que sus derechos no han sido violados.

- > **Para Prevenir una seria Amenaza a la Salud o Seguridad** - Nosotros podríamos divulgar información médica suya solamente cuando sea para prevenir una seria amenaza a su salud o a la salud y seguridad pública. Esta información se la daríamos solamente a alguien que nosotros estemos seguros podría prevenir que sucediera esa amenaza daño.
  
- > **Para Apelaciones** - Usted o quien cuida de su salud podría apelar las decisiones tomadas por Medi-Cal acerca de sus cuidados. Su información médica podría ser utilizada para tomar una decisión en estas apelaciones.

- > **Equipos Multidisciplinarios** - Nosotros podríamos divulgar información médica suya para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios a trabajadores por lesiones o enfermedades relacionados con el trabajo que efectúan.
  
- > **Militares y Veteranos** - Si usted es miembro de las fuerzas armadas podríamos divulgar información médica suya si nos lo exigieran autoridades de un comando militar. Nosotros también podríamos revelar información médica acerca del personal militar extranjero a sus correspondientes autoridades de mando.

> **Compensación a Trabajadores** - Nosotros podríamos divulgar información médica suya para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios a trabajadores por lesiones o enfermedades

> **Riesgos Contra la Salud Publica** - Nosotros podríamos divulgar información médica acerca de usted para actividades de la salud y bienestar social. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesión o discapacidades;
  
- Reportar nacimientos y defunciones;

- Reportar abuso o negligencia con niños, ancianos o adultos incapacitados;
- Reportar reacciones alérgicas o problemas con medicamentos;
- Notificar a personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad o condición médica peligrosa o puedan estar en riesgo de contraerla o diseminarla.
- Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si sospechamos si algún paciente ha sido víctima de abuso o negligencia.

- > **Actividades de Vigilancia de la Salud** -  
Nosotros podríamos divulgar información médica 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.
  
- > **Juicios y Disputas** - Si usted ha estado envuelto en un juicio o disputa, nosotros

podríamos liberar información médica suya a una corte u orden administrativa. Podríamos también liberar información médica suya en respuesta a una citación, solicitud de investigación u otro proceso legal para alguien más relacionado con la disputa, pero solamente si es autorizado por la ley y si se han hecho esfuerzos por decirle de este requerimiento (que podría ser una notificación por escrito a usted) o para obtener una orden de protección de la información requerida.

- > **Aplicación de la Ley** - Podríamos liberar información suya si se nos pide por medio de un oficial ejecutor de la ley:
  - En respuesta a una orden de la corte, citación, orden judicial, notificación o

procesos similares;

- Para identificar o localizar sospechosos, fugitivos, testigos o personas desaparecidas, solo si es autorizado por la ley;
- Para proveer información acerca de víctimas de un crimen bajo ciertas circunstancias;
- Para reportar conductas criminales.

> **Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia**- Podríamos divulgar información médica suya a oficiales federales autorizados por inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

- > **Autorización Por Razones de Seguridad –**  
Podríamos divulgar información médica suya para tomar decisiones acerca de su estabilidad médica por razones de seguridad. También podríamos revelar su condición médica a oficiales en el Departamento de Estado que necesiten tener acceso a esta información para dichos propósitos
  
- > **Jueces de Primera Instancia, Investigadores Médicos y Directores de Casa Funerarias -**  
Nosotros podríamos divulgar información médica a forenses o investigadores médicos bajo ciertas circunstancias. Estas podrían ser por ejemplo, para identificar un cadáver o determinar las causas de su muerte.

- > **Servicios de Protección para el Presidente y Otros** - Nosotros podríamos divulgar información médica suya a oficiales federales autorizados para que puedan proteger al presidente u otros oficiales electos constitucionalmente.
  
- > **Presidarios** - Si usted está en una institución correccional o bajo custodia de oficiales de la ley podríamos divulgar información médica suya a la institución correccional o a los oficiales que lo custodian si fuera necesario brindarles cuidados para proteger su salud y seguridad, así como la de

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

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

- > **Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos en nuestros registros sobre usted:**

Para inspeccionar y copiar dicha información médica, debe de presentar su solicitud por escrito a

Privacy Coordinator, Butte County  
Department of Behavioral Health,  
3217 Cohasset Rd,  
Chico, CA 95973.

Además usted debe de dar razones que respalden su solicitud. Si usted solicita una copia de su información médica le cobraremos un valor adicional por la copia, envío u otros gastos relacionados con su solicitud.

Nosotros podríamos rechazar su solicitud para inspeccionar y copiar sus registros, solo en muy pocas y limitadas circunstancias. Si se le niega

el acceso a su información médica puede solicitar se revise tal negativa. Algún otro profesional de la salud será elegido para revisar su solicitud. Nosotros acataremos los resultados. Si como resultado de la revisión a usted se le sigue negando el acceso a su información médica, usted puede arreglar que otro profesional de la salud revise sus registros en nombre suyo.

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

Para solicitar una corrección, su solicitud deberá ser por escrito y dirigida a Privacy Coordinator,

Butte County Department of Behavioral Health,  
3217 Cohasset Rd,  
Chico, CA 95973.

Además usted debe dar razones que respalden su solicitud.

Nosotros podríamos denegar su solicitud de corrección si no es por escrito o no incluye una razón que respalde su solicitud. También podríamos denegarla si usted solicita corregir información 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 corrección;
- No fuera parte de la información médica guardada que conservamos en nuestros archivos médicos;
- No fuera parte de la información médica que a usted se le permitiría inspeccionar o copiar, o
- Si estuviera correcta y completa.

> **Derecho para Autorizar el Uso y Divulgación de su Información Médica** - Usted tiene el derecho de autorizar el uso o divulgación de

información médica privada a las personas que están trabajando en sus cuidados de salud. Esto podría incluir Organizaciones Comunitarias de Base, Oficiales de Escuela, Servicios Sociales y otros. Usted podría incluso autorizarnos a revelar información médica suya protegida para su abogado, abogado de derecho del consumidor, su agente de cuidados de salud, a un familiar o a cualquiera que usted designara. Nosotros tendríamos el derecho de darle seguimiento y aprobar dicha solicitud según la ley lo permita. Nosotros deberíamos acceder a su solicitud de divulgar sus registros a su abogado o a su abogado de derecho del consumidor quien estaría 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 información médica suya con motivo de tratamiento, pagos u operaciones contables. También 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 Coordinator, Butte County  
Department of Behavioral Health,  
3217 Cohasset Rd,  
Chico, CA 95973

Su solicitud debe establecer las fechas específicas que desee, pero no pueden ser

antes del 14 de Abril del 2003 ni exceder un periodo de tiempo mayor de 6 años a partir del 14 de Abril del 2003. Su solicitud debe indicar como quiere las respuestas (por ejemplo, por escrito o electrónicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses, será gratis. Para listas adicionales le cobraremos el costo de la gestión. Nosotros le diremos el costo y usted decidirá si se continúa con la petición o la modifica antes de incurrir en gastos.

- > **Derecho a Solicitar una Restricción** - Usted tiene derecho de solicitar una restricción o limitaciones sobre la divulgación de información médica que usamos para su tratamiento, pagos u operaciones administrativas. Además tiene el derecho de solicitar que se limite la información

médica que se revela a la persona encargada de los pagos por su salud, como por ejemplo un amigo o familiar. Incluso usted puede solicitar que no se revele ninguna información médica a familiares o amigos, acerca de su diagnóstico o tratamiento.

## **Nosotros No Estamos Obligados a Aceptar Su Petición de Restricción -**

Si nosotros estamos de acuerdo con su solicitud de limitar el uso de su información médica, nosotros accederemos a ella, a menos que, la información se necesite para darle algún tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricción usted debe hacer su solicitud por escrito a su proveedor. En su solicitud usted debe de especificar qué

información quiere que se limite, use, divulgue o ambos, y para quien será limitada la información. Por ejemplo, si usted en un menor recibiendo atención y servicios delicados, usted puede decirnos que no le cobremos a la aseguradora de sus padres por estos servicios. Esta información se escribirá en su historial médico y otras fuentes de información para que este a la vista.

> **Derecho a Solicitar Comunicación**

**Confidencial** - Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a asuntos médicos, como usted quiera y donde usted prefiera. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo.

Para solicitar comunicación 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 Notificación -**

Usted puede pedirnos una copia de esta notificación en cualquier momento. Aun si usted solicito recibirla electrónicamente tiene derecho a solicitar una copia por escrito. Usted puede obtener una copia de esta notificación de su proveedor o de

Privacy Coordinator, Butte County  
Department of Behavioral Health,  
3217 Cohasset Rd,  
Chico, CA 95973

**Esta oficina esta generalmente abierta de  
lunes a viernes de 9:00 am a 4:00 pm.  
Excepto los días 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, contáctese con

Privacy Coordinator in Butte County Department  
of Behavioral Health,  
3217 Cohasset Rd,  
Chico, CA 95973

quien es la entidad responsable sobre las normas de confidencialidad. Todas las quejas deberán someterse por escrito.

Usted no será penalizado o perjudicado por presentar una queja.

# **OTROS USOS DE SU INFORMACION**

## **MÉDICA**

Otros usos de su información médica no cubiertos en esta notificación o por las leyes que se aplican a nosotros, se harán solamente con su permiso y por escrito. Si usted nos ha autorizado a divulgar información médica suya, puede anular dicho permiso por escrito en cualquier momento. Si usted nos anula su permiso, nosotros no divulgaremos más información médica sobre usted. Pero usted debe entender que no podemos pedir se nos regrese cualquier información suya que hayámonos entregado antes de que usted anulara su permiso, además usted entiende que nosotros estamos obligados a retener nuestros registros sobre las atenciones médicas que le hemos brindado.