



1305 Marsh Street
San Luis Obispo, 93401
(800) 763-7732
www.cpnhpn.com

Coastal Communities Physician Network (CCPN)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA O COMPARTIDA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Usted tiene el derecho de:

Conseguir una copia de su registro medico en forma electrónica o en papel

- Usted puede pedir u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le podemos proporcionar una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su petición. Podemos cobrar una cuota razonable, basado en los costos de proveerle esta información.

Pedir que corrijamos su expediente medico

- Puede pedirnos que corrijamos su información medica si es que usted cree que está incompleta o incorrecta. Pregúntenos como hacer esto.
- Su petición puede ser negada, pero le proporcionaremos nuestras razones por escrito dentro de 60 días.

Pedir contacto y comunicación confidencial

- Usted puede pedir que le contactemos en una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente.
- Toda solicitud razonable será aceptada.

Pedir que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Usted puede solicitar que "No" se utilice o comparta cierta información de su salud para uso en su tratamiento, pago de reclamos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si su petición afectaría su cuidado médico.
- Si usted paga (por su cuenta) por un servicio o un elemento medico en su totalidad, usted puede pedirnos no compartir esta información por el propósito de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos que "Sí", a menos que una ley nos obligue a compartir esta información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Usted puede pedir una lista (por un periodo máximo de seis años antes de la fecha de su petición) de las veces que hemos compartido su información médica, que información compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las revelaciones con excepción de aquellos sobre tratamiento, pagos, operaciones de atención médica y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos pidió hacer). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero se cobrará una cuota razonable si pide otra dentro de los 12 meses siguientes.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aun si usted ha accedido a recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia de papel en seguida.

Elegir a alguien que actúe por usted

- Si le ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados

- Puede presentar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados. Contacte nuestro Oficial de Privacidad a: Bakersfield Family Medical Group, Attention: Privacy and Compliance Officer, 4580 California Avenue, Bakersfield, CA 93309, (800) 763-7732
- Usted puede presentar una queja por sus derechos civiles enviando una carta a la oficina del departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos a:
U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights DHHS
90 7th Street Suite 4-100, San Francisco, CA 94103, (415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD),
FAX (415) 437-8329 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- Respetamos sus derechos y no tomaremos acciones contra usted por haber presentado una queja.

Sus opciones

Tiene opciones en la forma en que utilizamos y compartimos su información en situaciones donde:

- Hablemos con familiares y amigos acerca de su condición
- Prestemos ayuda en casos de desastre
- Lo/La incluiremos en un directorio del hospital
- Proporcionaremos atención de salud mental
- Comercialicemos nuestros servicios o vendamos su información
- Recaudemos fondos

Para cierta información médica, usted puede darnos sus indicaciones acerca de lo que podemos compartir. Si usted tiene una clara preferencia cómo podemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere hacer y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos usted tiene el derecho y la opción de:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado médico.
- Compartir información en una situación de alivio de desastre
- Incluir su información en un directorio del hospital

Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podremos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Objetivos de Mercadotecnia
- Venta de su información (BFMG no vende información del paciente).
- Intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Podremos contactarlo para la recaudación de fondos, pero usted puede pedir que no quiere que lo contactemos otra vez.

Nuestros usos y divulgaciones

Normalmente usamos o compartimos su información médica en los siguientes aspectos:

Su cuidado médico

Vamos a usar su información de salud y compartirlo con otros profesionales que están involucrados en su cuidado médico.

Ejemplo: Usted está bajo un médico especializado para el tratamiento de una lesión, él puede pedir información a su médico primario sobre su estado de salud general.

Manejo de nuestra organización

Podemos usar y compartir su información médica para mejorar nuestra práctica, mejorar su atención médica y contactarlo cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para dirigir y mejorar su tratamiento y servicios médicos.

Cobrar por sus servicios médicos

Podemos usar y compartir su información médica para obtener pagos de su plan de salud médica u otras entidades.

Ejemplo: Damos información a su plan de seguro de salud que pagará por sus servicios médicos.

Ayudar con posibles problemas de seguridad y salud pública

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudando con productos retirados
- Informes de reacciones adversas a medicamentos
- Notificación de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o seguridad

Estudios médicos e investigación

Utilizaremos o compartiremos su información para una investigación de salud.

Cumplir con la ley

Vamos a compartir información si las leyes estatales o federales requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quieren ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, compartiremos su información médica con organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajar con un médico forense o un director de funeraria

Compartiremos información médica con un médico forense o director de la funeraria cuando un individuo muere.

Dirigir peticiones de compensación para trabajadores, de la policía y del gobierno

Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:

- Para las reclamaciones de compensación
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de la ley
- Con las organizaciones de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para las funciones especiales del gobierno como militar, seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales

Responder a demandas y acciones legales

Compartiremos su información médica en respuesta a un orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación legal.

Para más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Nuestras responsabilidades

- Se nos requiere, por ley, mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le dejaremos saber inmediatamente si ocurre una violación que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia del mismo.
- No se utilizara o compartirá su información aparte de lo descrito aquí a menos que nos dé permiso por escrito. Si usted nos ha dado permiso a compartir su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Por favor de enviar por escrito su cambio de opinión.

Para más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios a los términos de este aviso

Podremos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.



1305 Marsh Street
San Luis Obispo, 93401
(800) 763-7732
www.cpnhpn.com

Coastal Communities Physician Network (CCPN)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a su información médica. Por favor revise este aviso cuidadosamente.

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad:

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Paciente Padre / Tutor POA

Rechazo una copia del aviso de prácticas de privacidad:

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Paciente Padre / Tutor POA

Instrucciones para recepcionista: proporcionar una copia del aviso de prácticas de privacidad para cada paciente. Adelante sólo la página de firma (firmada) al Health Information Management Department (HIM) para que se agregue al archivo del paciente.