

*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. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

### **QUIÉN SEGUIRÁ LAS NORMAS DE ESTA NOTIFICACIÓN**

En esta Notificación se describen las normas del LACDMH y las de:

- Todos los empleados y demás miembros del personal del LACDMH.
- Cualquier miembro 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 se generen en las 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. Esta información 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.

### **CÓMO PODREMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

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.

---

\* “Instalaciones” se refiere a la clínica, hospital o agencia encargada de prestar servicios/tratamiento al cliente.

Para tratamiento

Creamos un registro del tratamiento y los servicios que usted recibe en nuestras instalaciones. Podremos usar su PHI para 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 por un desequilibrio químico necesite saber si usted tiene problemas del corazón porque algunos medicamentos afectan la tensión arterial. Es posible que compartamos su PHI para poder coordinar las diferentes cosas que necesite, como recetas, exámenes de tensión arterial, 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. Información de su salud mental sólo se podrá revelar, sin su autorización, a profesionales de atención médica fuera de estas instalaciones si ellos son los responsables de su atención médica física o mental.

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.

Para operaciones de atención médica

Podremos usar y revelar su PHI con el fin de poder realizar las actividades necesarias para administrar nuestras instalaciones y asegurarnos de que todos nuestros clientes 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 atienden. Es posible que también combinemos información médica de muchos clientes de las instalaciones con el fin de decidir qué servicios adicionales deben ofrecer las instalaciones, qué servicios no se necesitan y la eficacia de algunos tratamientos nuevos. También podremos revelar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de la instalación para revisiones y con fines educativos.

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 su 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).

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, si usted no está disponible o no puede indicar si está de acuerdo o no, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si esta revelación de la información es conveniente para usted.

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.

**USO Y REVELACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA EN CASOS QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Investigación científica

Podremos revelar su PHI a los investigadores médicos que la soliciten para proyectos de investigación médica aprobados; sin embargo, dicha revelación de la información deberá realizarse por medio de un proceso especial de autorización previa a la entrega de la PHI a los investigadores, a quienes se les requerirá que protejan la PHI que reciban.

Conforme se requiera por ley

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

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.

Actividades para la supervisión de la salud

Podremos revelar su PHI a una agencia supervisora de la salud para actividades autorizadas por ley, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud, 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.
- Si un psicoterapeuta cree que es probable que usted represente un peligro grave de violencia en contra de un tercero.
- Para reportar que se le ha dado de alta, si se le detuvo involuntariamente después de que un policía inició una orden de detención de 72 horas para una evaluación y solicitó notificación.
- En determinadas circunstancias, si se le admitió en unas instalaciones y usted ha desaparecido o ha sido transferido 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 clientes 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 o jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.

### Presos o detenidos

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 o 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 mientras la autorización estuvo en vigencia, y estamos obligados a mantener los registros de la atención que le hemos proporcionado con anterioridad.

**DERECHOS RELACIONADOS CON SU PHI**

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

Derecho a revisar y copiar información

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 entregar su solicitud por escrito al administrador de su caso o a la persona encargada de su tratamiento. Se le proporcionará un formulario para que haga esta solicitud. Si solicita una copia de su PHI, es posible que le cobremos por los costos de hacer copias, el envío por correo y otros gastos relacionados con su solicitud.

En determinadas circunstancias podremos rechazar su solicitud para revisar y copiar la información. Si se le niega el derecho a revisar y copiar su PHI que tenemos en nuestros registros, podrá solicitar que se revise la denegación. Excepto por las pocas circunstancias que no están sujetas a revisión, personal profesional autorizado por LACDMH, que no esté implicado en la denegación, 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, pida una “Solicitud para enmendar información médica protegida” (*Request to Amend Protected Health Information*), llénela y entréguela al administrador de su caso o a la persona encargada de su tratamiento. Debe explicar por escrito los motivos que respaldan 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 una 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 rechazamos su solicitud para efectuar una enmienda, usted tiene derecho a presentar una “Declaración de Desacuerdo” (*“Statement of Disagreement”*) 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 esta declaración pase a formar parte de su registro médico, la adjuntaremos a su registro y la 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 lista de los casos en los que se haya revelado su PHI para fines ajenos a nuestras actividades de tratamiento, pago y atención médica (según se describen previamente) 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, pida una “Solicitud de una relación de casos de revelación de información” (*“Request for an Accounting of Disclosures”*), llénela y entréguela al administrador de su caso o a la persona encargada de su tratamiento. En su solicitud se deberá indicar un período 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 período 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 las restricciones especiales adicionales cuando usemos o revelemos su PHI a una persona, por ejemplo un familiar o un amigo, 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, pida 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”*), llénela y

entréguela al administrador de su caso o a la persona encargada de su tratamiento. 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, pida 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*”). Llénela y entréguela al administrador de su caso o a la persona encargada de su tratamiento. 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

Tiene derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación. 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 Notificación.

Puede obtener una copia de esta Notificación en nuestro sitio en la red:

<http://www.dmh.co.la.ca.us/>

Si desea obtener una copia impresa de esta Notificación, póngase en contacto con su Equipo de Tratamiento.

### **CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN**

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 a la vista pública, en las instalaciones, 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 de la Notificación revisada si visita nuestro sitio en la red en <http://www.dmh.co.la.ca.us/> o puede pedirla a su Equipo de Tratamiento.

### **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 castigará ni sufrirá represalias 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:

**Los Angeles County Department of Mental Health (LACDMH)**

**Patient's Rights Division  
(Oficina de Derechos del Paciente)  
550 South Vermont Avenue  
Los Angeles, CA 90020  
(213) 738-4949**

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

**Los Angeles County Chief Information Office  
Chief Information Privacy Officer  
(Oficial de Informática y Privacidad)  
500 West Temple Street, Suite 493  
Los Angeles, CA 90012  
(213) 974-2164  
Dirección electrónica: [CIPPO@cio.co.la.ca.us](mailto:CIPPO@cio.co.la.ca.us)**

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

**Region IX, Office of Civil Rights  
(Oficina de Derechos Civiles)  
US Department of Health and Human Services  
50 United Nations Plaza-Room 322  
San Francisco, CA 94102  
Voice Phone (415) 437-8310  
FAX (415) 437-8329  
TDD (415) 437-8311**



**NOTIFICACIÓN DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD O PRIVACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE LOS ANGELES (LACDMH):**

*Comprobante de recibo*

Vigencia: 14 de abril de 2003

**COMPROBANTE DE RECIBO**

Con la firma de este formulario, usted confirma haber recibido la *Notificación de Normas de Confidencialidad o Privacidad* del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles (LACDMH, por sus siglas en inglés). 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 en la red <http://www.dmh.co.la.ca.us/> o si la solicita a nuestro Equipo de Tratamiento.

Confirmando haber recibido la *Notificación de Normas de Confidencialidad* del LACDMH.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(*Cliente/padre o madre/“conservador” o curador/tutor*)

**INCAPACIDAD PARA CONSEGUIR EL COMPROBANTE DE RECIBO**

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

Firma del Miembro del Equipo de Tratamiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Motivos por los cuales no se pudo obtener el comprobante de recibo:**

- El Cliente se negó a firmar (ver la explicación en las notas de progreso)
- Otro motivo o comentarios:

---

---

---

---

---

---